This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

E.H.B.

= no 45 = met • 22 K
1 bdg 55 & 10 CW

Vermont. Title. V. 2.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE ET BIBLIOGRAPHIQUE

sous la direction de MM. les Professeurs

S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

O. LANNELONGUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

V. CORNIL

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

avec le concours de MM. les Docteurs :

Pr BARD	M. DENUCÉ	H. MORAU	A. RICARD
J. W. BINAUD	L. GALLIARD	Pr NEPVEU	A. ROUTIER
A. BOISSARD	E. GAUCHER	E. NITOT	C. SAVOIRE
A. BRAULT	M. ISCH-WALL	L. H. PETIT	M. TOUPET
M. CAZIN	G. MARCHANT	P. RECLUS	A. TROUSSEAU
R. CONDAMIN	Pr MAYET	P. REYNIER	F. VERCHÈRE

Rédacteur en chef :

Dr E. OZENNE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

PREMIÈRE ANNÉE : 1895-1896

ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : 8 francs. — DÉPARTEMENTS et UNION POSTALE : 10 francs.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

BOSTON MEDICAL
NOV 29 1910
LIBRARY
CATALOGUED
NOV 28 1910
J. F. R.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER

(Année 1895-1896)

TABLE DES AUTEURS

NOTA. — *Les chiffres romains indiquent le Fascicule de la Revue dans lequel le mémoire a paru.*

I. — MÉMOIRES ORIGINAUX

		Pages
IV.	**Bard** (L.). — Rapports des cancers du pancréas et des cancers dits de l'ampoule de Vater	225-230
I.	**Bernard** (F.). — Traitement de l'épithélioma primitif du vagin	12-19
I.	**Cazin** (M.). — La théorie psorospermique du cancer	3-7
III-IV.	**Félix** (J.). — De l'étiologie des affections cancéreuses	146-157 209-224
IV.	**Filarétopoulo** (G.). — Traitement radical de l'épithélioma cutané	230-233
II.	**Isck-Wall** (M.). — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes	92-97
II.	**Marchal** (G.), — Symptômes et diagnostic des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne	97-106
I.	**Nepveu** (G.). — Seminium cellulaire dans le carcinome et l'épithéliome et diagnostic de la généralisation par l'examen du sang (1 pl.)	7-11
III.	**Trousseau** (A.).— Résultats éloignés favorables de quelques opérations d'épithéliomas de la paupière et de la conjonctive	157-159
II.	**Verchère** (F.). — De la valeur séméiologique du cancer de l'ombilic	81-92

II. — REVUES ANALYTIQUES

1° *Thèses et Brochures*

Apery (P.).—Valeur diagnostique de l'indican, de l'acétone, des peptones au point de vue du carcinome 135

Aslanian (G.). — Étude sur la péritonite cancéreuse. 71

Bernard (F.). — De l'épithélioma primitif du vagin. 73

Carrel (Ch.). — Sur le pronostic opératoire et la guérison des carcinomes du fémur 199
Carty (P.) — De l'épithélioma primitif de l'urètre prémembraneux. . 70
Cazenave (W.). — Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale 196
Chambre (P.). Étude sur le sarcome primitif des muscles 71
Collet (A.). Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres. . . 71
Desgranges. — Des sarcomes kystiques de la mamelle 133
Giallouly (de). — Traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées 262
Jasienski (H.). — Étude sur une forme latente de l'épithélioma stomacal 69
Labadie. — Du cancer de la prostate 197
Laisney (V.). — Étude sur le cancer du cœur 72
Lucciardi. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie 262
Marchal (G.). — Étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne 69
Mariage (L.). — Essai sur les tumeurs malignes de l'enfant 72
Marzin (G. A.). — Du sarcome mélanique de la conjonctive 263
Petit de Régis. — De quelques points relatifs à la récidive des cancers du sein 261
Rousseau (H.). — De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux 196
Stamatiadès (A.). — Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles 199
Trassagnac (P.). — Des épithéliomas de la face propagés aux os. . . 198
Wassermann (M.). — De l'épithélioma primitif de l'urètre 198

2° *Travaux divers*

A

Abel. — Carcinomes de l'utérus opérés depuis plusieurs années et non récidivés 122
Achard. — Complications infectieuses du cancer gastrique 110
Achard. — Cancer primitif du foie avec fièvre 240
Adam. — Cancer du cœcum 27
Albertin. — Résection du maxillaire inférieur pour cancer récidivé . . 21
Angelesco. — Épithelioma primitif de l'épiglotte 171
Arloing et Courmont. — Traitement des tumeurs malignes par le sérum d'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithélioma 258
Assoc. Méd. New-York. — Pronostic et traitement des tumeurs malignes 189

Auclair. — Névrogliome 161
Auclair. — Lymphadénome du médiastin 241
Audry (Ch.). — Fibro-sarcome calcifié de la vessie 118
Augier. — Voir **Duret**. 170
Auvray. — Tumeur du cervelet 23
Auvray. — Cysto-sarcome du bras droit 133

B

Babès (N.) et **Stoicesco (G.).** — Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées 67
Bennet (W. H.). — Adéno-sarcome de la thyroïde 174
Bensande. — Voir **Parmentier** 116
Bérard. — Tumeur maligne du côlon ascendant 28
Bérard. — Épithélioma du larynx. Laryngectomie totale 33
Bérard. — Gros encéphaloïde du rein. 34
Bérard (L.). — Deux cas d'épithélioma sébacé primitif 195
Bérard et **Rollet.** — Épithélioma du cuir chevelu greffé sur une vieille cicatrice. 63
Berger. — Épithélioma kystique du rein. 292
Bernheim. — Tumeur du cerveau 234
Bernheim. — Péricardite primitive cancéreuse 115
Beyea (H.). — Adénome malin du corps de l'utérus 244
Binaud et **Chavannaz.** — Carcinome encéphaloïde chez un sujet de 59 ans atteint d'ectopie testiculaire 176
Blanc. — Pièces relatives à une gastro-entérostomie pour cancer du pylore 27
Blanc (G.). — Récidive de tumeur pelvienne. Occlusion intestinale par une bride fibreuse 194
Blanc — Chondro-sarcome de l'éminence thénar 260
Boinet. — Toxines cancéreuses. 62
Boudin (P.). — Épithélioma du col utérin chez une femme de 23 ans. 180
Boureau. — Essai de sérothérapie contre le cancer. 251
Brault (J.). — Du sarcome primitif de l'intestin grêle 168
Braun (L.) — Altération du sang dans les carcinomes ostéoplastiques de la prostate. 177
Brindel. — Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome. 162
Brindel. — Épithélioma pavimenteux lobulé des fosses nasales 163
Brindel et **Liaras.** — Trois cas de cancer du corps thyroïde. 172
Bruns. — Sarcomes secondaires de la moelle et des méninges 24
Bruns et **Pétersen.** — De la sérothérapie dans le cancer 57

C

Camelot. — Le cancer est-il de nature parasitaire 188
Cannieu. — Voir **Delmas** 19
Carrière. — Zona fémoro-cutané dans un cas de cancer utérin. 123
Cartaz. — Deux cas de lymphadénome des amygdales. 27
Cassaet et **Chartres**. — Épithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre. 30
Cazin. — Voir **Duplay**. 127
Cenas. — Un cas d'astasie-abasie symptomatique 22
Chaput. — Traitement chirurgical du cancer du rectum. 237
Chartres. — Voir **Cassaet** 30
Chavannaz. — Épithélioma développé sur une cicatrice de brûlure . . 261
Chavannaz. — Voir **Binaud**. 176
Chevereau. — Épithélioma primitif de l'urètre. Émasculation totale. . 119
Chrobak. — Sarcome du clitoris 177
Clarke. — Sarcome du sein 40
Claude. — Voir **Lévy** 35
Claude. — Cancer du foie propagé à la vésicule 114
Claude. — Voir **Lévi**. 30
Clément. — Formes rares d'association du cancer et de la tuberculose . 66
Cochez. — Les manifestations hépatiques du cancer du pancréas. . . . 170
Colle (**P.**). — Volumineux fibrome du col utérin avec récidive sarcomateuse. 246
Condamin (**R.**). — D'une forme particulière de cancer utérin. 44
Cordier (**A. H.**). — Complications du cancer de l'utérus. 247
Courmont. — Enchondrome primitif du poumon. 34
Courmont. — Voir **Arloing**. 258
Czerny. — Épilepsie jaksonienne par sarcome du cerveau 235
Czerny. — Sérothérapie du cancer et du sarcome. 128
Czerny. — Toxines de l'érysipèle dans la cure des tumeurs malignes . 131
Czerny. — Cancer du rectum chez un enfant de 13 ans. 238

D

Danel. — Épithélioma primitif du rein gauche chez un sujet de 23 ans. 242
Deetgen. — Cancer primitif du cholédoque 183
Delaunay. — Voir **Edwards Pilliet** 29
Delbet (**P**.). — Production expérimentale d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé chez le chien 60
Delmas et **Cannieu**. — Chondro-myxo-sarcome du tibia 19
Demons. — Épithélioma du corps de l'utérus. 178
Denarié. — Cancer du cerveau avec ataxie du membre supérieur . . . 276

Depage. — De l'ablation de la langue cancéreuse. 164
Depage. — Cinq cas d'épithélioma du pharynx. Extirpation 164
Depage. — Un cas de résection du rectum par la voie vaginale . . . 168
Desbonnets. — Cysto-sarcome de l'ovaire droit 123
Devic et **Paviot.** — Du processus histologique d'envahissement des os plats par un cancer 20
Diana. — Épithélioma guéri par les applications de bleu de méthyle et d'acide chromique. 62
Doyen (**E.**). — Résection partielle du sternum, des clavicules pour néoplasme malin. 160
Dubar (**L.**). — Encéphaloïde du testicule et hématocèle. 119
Dubuc. — Crises de suffocation chez un malade atteint de cancer de la prostate 119
Ducastel. — Un cas de sarcome anal 26
Dumontpallier. — Traitement de certaines tumeurs de la bouche par le chlorate de potasse 195
Duplay (**S.**) et **Savoire.** — Recherches sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux. 55
Duplay, Cazin et **Savoire.** — Sur l'urologie des cancéreux 127
Duquennoy. — Cancer de la verge ; amputation 243
Duret et **Augier.** — Tumeur maligne de la région amygdalienne . . . 170
Duvivier. — Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. 30

E

Edwards Pilliet et **Delaunay.** — Cancer de l'utérus chez une femme de 31 ans. 183
Eisenmenger (**V.**). — Des sarcomes plexiformes de la voûte palatine. . 21
Eisenschitz. — Carcinome de l'estomac. 167
Embden. — Tumeurs cérébrales secondaires 161
Emmerich et **Scholl.** — De la guérison du cancer par le sérum anti-cancéreux 51
Emmerich et **Zimmermann.** — Sérothérapie du cancer. 186

F

Fabre-Domergue. — De la sérothérapie et des injections modificatrices dans le cancer. 53
Fafiousse (**F.-A.**). — Traitement du cancer utérin par les injections d'acide salicylique 48
Faguet (**Ch.**). — Épithélioma dendritique du sein : amputation 40
Faguet (**Ch.**). — Tumeur mixte de l'ovaire. Kyste dermoïde et endothéliome. 42
Franchomme. — Procédé opératoire pour l'ablation des épithéliomas médians de la lèvre inférieure. 164

Frarier. — Dégénérescence sarcomateuse d'un lipome. 133
Friedrich. — Traitement des tumeurs malignes par le poison bactérien. 62
Frœlich. — Des effets de la gastropexie sur les rétrécissements cancéreux de l'œsophage 237

G

Galavielle et Villard. — Sarcome volumineux du cerveau 109
Gallois. — Voir **Paviot** 108
Geissler. — Cancer transplanté avec succès sur un chien. 61
Gibier (P.). — De la sérothérapie dans le cancer 59
Girard. — Sarcome du fémur. Désarticulation. 107
Girard. — Trois utérus atteints de cancer épithélial. 181
Girard. — Tumeur mixte de la cuisse. 194
Girode. — Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires 31
Gluck. — Extirpation du larynx pour tumeurs malignes. 171
Godart. — Kyste papillomateux du ligament large. 249
Gorges. — Carcinome du larynx chez un enfant 116
Grandmaison (X.). — Cancer gastrique et adénopathie. 115
Graser. — Sarcome du cerveau 23
Gross. — Sarcome intra-utérin 123
Guermonprez. — Contagion professionnelle du cancer. 187
Guibert. — Sarcome mélanique de la paupière. 236
Guinard. — Récidive des tumeurs malignes. 130
Guinard. — Traitement de l'épithélioma de l'utérus par le carbure de calcium. 247

H

Hallé. — Leucoplasies et cancroïdes des voies urinaires 241
Hammerschlag (A.). — Carcinome de l'estomac. 165
Handford. — Sarcome du cerveau consécutif à un trauma 23
Hanot. — Épithélioma tubulé du foie et des os 113
Hanot. — Cancer de l'ampoule de Vater. 240
Hartmann et **Toupet.** — Un cas de sarcome chorio-cellulaire 48
Hasse. — Moyens destinés à éviter les récidives de tumeurs malignes. 188
Hassler. — Tumeur intra-péritonéale sus-ombilicale mobile. 169
Haushalter (P.). — Épithélioma du rein propagé à la veine cave inférieure 36
Hennebert. — Carcinome du temporal 233
Héricourt et **Richet.** — Traitement d'un sarcome par la sérothérapie. 49
Héricourt et **Richet.** — De la sérothérapie dans le cancer 125
Heurtaux. — Sarcome globo-cellulaire de l'humérus. 21

Heydenreich. — Volumineuse tumeur du testicule 39
Horner. — Cent soixante-douze ablations du sein pour tumeurs malignes 39
Houzel (G.). — Ostéo-sarcome de l'épaule ; amputation. 160
Huchard (H.). — Cancer du pancréas. 26
Hue (F). — Cancer et acide arsenicum 129

J

Jaboulay. — Le traitement du cancer du rectum 168
Jacobson. — Cancer primitif du foie. 240
Jansenn (V.). — Sarcome de la pie-mère 23
Jayle et Labbé. — Néphrotomie pour anurie due au cancer de l'utérus . 118
Jeannel. — Épithélioma du larynx. Laryngectomie totale. Résultat éloigné 32
Jeannel. — Du déciduome malin 121
Jennings. — Crayon pour le traitement du cancer utérin. 49
Jouon et Vignard. — Sarcome diffus de la muqueuse utérine. 181
Jurgens. — Transplantation de sarcome. 61
Jurgens. — Recherches expérimentales sur l'étiologie des sarcomes . 256

K

Kalt. — Fibro-sarcome orbitaire 25
Keferstein. — Sérum érysipélateux dans le cancer de l'estomac. . . . 111
Klein. — Sarcome de la vessie chez un enfant. 34
Kopfstein. — Sérothérapie dans les tumeurs malignes 131
Kronlein — Angio-sarcome du pancréas 27
Kummel. — Sarcome secondaire du canal rachidien 20

L

Labbé (M.). — Sarcome du corps thyroïde et du poumon ; tuberculose. 32
Labbé (M.). — Cancer du testicule. 39
Labbé (M.). — Épithélioma du sein ; récidive 185
Labbé. — Voir **Jayle**. 118
Lagoutte. — Sarcome du testicule et adénopathie sus-claviculaire . . 176
Lagrange. — Tumeur congénitale maligne de l'orbite. 24
Laisney (V.). — Cancer du cœur et cancer du foie 31
Lalesque (F.). — Adénopathie sus-claviculaire gauche du cancer du duodénum 31
Lambotte (E.). — Les antécédents des cancéreux. 258
Lancry. — Voir **Vilcoq** 166
Lathuraz-Viollet. — Ostéosarcome de l'omoplate ; polyurie 20
Lauwers. — Résection du pylore d'après la méthode de Kocher 239
Lauwers. — Néphrectomies pour sarcomes du rein 242

Law-Webb. — Les mineurs sont-ils réfractaires au cancer? 129
Legros. — Volumineuse tumeur du sein. 250
Legueu. — Sarcome de la clavicule. 107
Legueu et **Marien.** — Un cas d'épithélioma hétéradénique de la région anale. 192
Legueu et **Marien.** — Fibro-sarcome des nerfs 235
Leplat. — Ostéo-sarcome du fémur. Désarticulation 233
Leredde. — Voir **Robin** 111
Lévi (Ch.). — Sarcome mélanique du maxillaire inférieur. 20
Lévi et **Claude.** — Cancer colloïde du pylore. Récidive. 30
Lévy et **Claude.** — Adéno-épithéliome du rein ; néphrectomie. . . . 35
Lévi (L.). — Un cas de cancer broncho-pulmonaire. 116
Liaras. — Voir **Brindel**. 172
Lohéac. — Ostéo-sarcome du radius chez un enfant de 7 ans. . . . 234
Longuet. — Voir **Quénu** 259
Lorrain. — Endothéliome de l'arachnoïde 161
Loumeau. — Épithélioma de la vessie ; cystectomie partielle. 174

M

Mackenrodt. — Extirpation au galvano-cautère des cancers utérins. . 180
Malapert. — Cancer utérin ; hystérectomie 122
Marie. — Voir **Vermorel**. 234
Marien. — Voir **Legueu**. 192-235
Martin. — Tumeur énorme de la grande lèvre 47
Mathieu (A.). — Cancer de l'estomac chez un homme de 25 ans 28
Mayet. — De l'inoculation du cancer 64
Mayet. — De la pathogénie du cancer. 132
Mermet (P.). — Sarcome fasciculé de la nuque. Deux récidives 67
Mermet. — Ostéomyélite prolongée du fémur et épithélioma secondaire. 160
Mikulicz. — Cent trois opérations sur l'estomac 25
Monod (E.). — Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde 177
Monod (E.). — Amputation supra-vaginale du col cancéreux et grossesse. 183
Monprofit. — Épithélioma annulaire du rectum traité par le Kraske . 112
Montagnon. — Mineurs et cancers 192
Montaz (L.). — Trente-cinq cas de chirurgie de l'estomac. 25
Morax (V.). — Troubles oculaires dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal 236
Mortimer Granville. — Traitement du carcinome par le périodure de thalline 64
Mouchet (A.). — Aménorrhée et cancer utérin à 45 ans 188
Moure (J.). — Ablation de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles 107

N

Nepveu. — Diagnostic de la généralisation des cancers par l'examen du sang. 241
Neugebauer (F.). — Psammo-carcinome de la mamelle 41
Nitze. — Ablation des tumeurs de la vessie 35
Nunn. — Cancer chronique du rein d'une durée de plus de 30 ans. . . . 250

O

Orstreich. — Diagnostic du cancer primitif trachéal 116
Olshausen. — Extirpation du vagin pour cancer. 42
Olshausen. — Principes de l'extirpation vaginale de l'utérus cancéreux. 246

P

Page. — Sarcome de l'ovaire chez un enfant 184
Paltauf. — Voir **Schwartz** 66
Panas. — Sarcome choroïdien de la région de la macule. 235
Parmentier et Bensande. — Lymphadénome généralisé du péritoine. 116
Parsons (A. R.). — Névrites multiples consécutives à la cure arsénicale du cancer. 129
Pasteau. — Sarcome musculaire primitif de la cuisse 194
Pauchet. — Sarcome mélanique du foie 114
Paviot. — Voir **Devic**. 20
Paviot. — Cancer de l'œsophage, sonde à demeure pendant 146 jours. . 110
Paviot et Gallois. — Cancer de la dure-mère. 108
Péan. — Tumeur cancéreuse du larynx. Prothèse laryngo-pharyngienne 34
Péron (A.). — Cancer latent du col de l'utérus. 47
Peters (H.). — Procédés opératoires pour l'ablation du cancer primitif du vagin. 178
Petersen. — Voir **Bruns** 57
Petersen, — Bactériothérapie des tumeurs malignes 255
Pétouraud. — Épithélioma du pénis ; ablation 88
Pestalozza (E.). — Du chorion et du sarcome déciduo-cellulaire . . 185
Piccinino. — Sarcome adhérent à la colonne vertébrale 131
Pinard. — Cancer de l'utérus et grossesse. 44
Porges. — Résultats à distance d'une ablation de cancer du pylore . . 111
Porte. — Cancer du rein 175
Postempski. — Extirpation de la parotide pour tumeurs malignes . 113
Pousson. — De l'intervention dans le néoplasme de la vessie. . . . 117
Pousson. — Néoplasme de la vessie. 175
Pozzi. — Cancer du rectum extirpé depuis deux ans. 239

Q

Quénu et **Longuet**. — Du cancer secondaire de l'ombilic 259

R

Rehn. — Extirpation du rectum par la voie vaginale 112
Remfry. — Épithélioma de la vulve et kyste de l'ovaire chez une femme de 83 ans 47
Richet. — Voir **Héricourt** 49-125
Richet (**Ch.**). — Effets toxiques des injections intra-veineuses faites avec la pulpe de cancer 59
Richet (**Ch.**). — Effets toxiques des injections veineuses de tumeurs cancéreuses ulcérées 125
Robert (**J. R.**). — Tumeurs malignes et toxines de l'érysipèle. . . . 132
Robin et **Leredde**. — Cancer de l'estomac avec hyperchlorhydrie. . 111
Rochard (**E.**). — De la mastite cancéreuse 124
Roget. — Carcinome du foie 170
Rogman. — Carcinome du limbe conjonctival chez un enfant. . . . 24
Rollet. — Voir **Bérard** 63
Roose. — Deux extirpations d'épithéliomas anciens de l'angle interne de l'œil 162
Roose. — Deux cas de glio-sarcome de la rétine 162
Rotter. — Résultats durables de l'opération du carcinome de la mamelle. 124
Rubeska (**W.**). — Sarcome du vagin 178
Russel. — Résultat de l'hystérectomie pour cancer. 248

S

Sacaze (**J.**). — Cancer hépatique avec glycosurie alimentaire. 29
Salischer (**Tomsk**). — Ablation totale de la prostate pour cancer. . . 243
Savoire. — Voir **Duplay** 55-127
Schlesinger. — Mélanose arsenicale dans un cas de lympho-sarcome . . 129
Schmith (**A.**). — Myxo-sarcome de l'ovaire 184
Scholl. — Voir **Emmerich** 51
Schonwerth. — Gastrotomie pour cancer de l'œsophage 29
Schultz (**H.**). — Cancer utérin et injections d'alcool 182
Schultz. — La pyoctanine dans le traitement du cancer rectal . . . 31
Schwalbe. — Lympho-sarcome du médiastin. 193
Schwartz et **Paltauf**. — De la théorie parasitaire du cancer 66
Sourdille (**G.**). — Sarcome de l'ombilic. 68
Spencer (**H.**). — Déciduome malin. 245
Stoicesco. — Voir **Babès** 67

Stoukoventoff. — Cancer des capsules surrénales 175
Stroup. — Cancer de l'œsophage. 109
Stroup. — Carcinome primitif du rein et ulcère rond de l'estomac . . 35
Surmay. — Phlébites multiples et cancer latent de l'estomac 114

T

Tansini. — Procédé d'amputation de la mamelle pour cancer 186
Testi. — Cancer et cirrhose hépatique 113
Thorn (W.). — Traitement opératoire des carcinomes volumineux du vagin 46
Tillmans. — Étiologie et histogénèse du cancer. 65
Toupet. — Voir **Hartmann** 48

V

Vanvert (J.). — Sarcome du fémur à marche aiguë 159
Veinleckner. — Résultat d'un traitement d'un cancer rectal. 28
Veliaminov. — Traitement du cancer du rectum 29
Venneman. — Auto-inoculation d'un carcinome mélanique de la paupière 163
Vergely. — Enchondrome secondaire du poumon. 33
Verhoogen. — Myxo-sarcome de la fesse. 195
Vermorel et Marie. — Sarcome du cerveau 234
Verneuil. — Cancer de l'S iliaque. 169
Vignard. — Voir **Jouon**. 181
Vilcoq et Lancry. — Cancer de l'estomac ; perforation. 166
Villar. — Hématocèle et sarcome de la tunique vaginale 176
Villard. — Voir **Galavielle** 109
Villis E. Hallowell. — Tumeur du ligament large 249
Vos (J. de). — Fibrome, myome, myxome et épithéliome sur le même utérus. 245

W

Walther. — Cancer colloïde du sein 39
Woods (H.). — Thyrotomie pour cancer de la corde vocale 171

Z

Zimmermann. — Voir **Emmerich** 186

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

	Pages
Appareil de la locomotion	74-135 200-264
Appareil de l'innervation	74-136 200-264
Appareil des sens spéciaux	75-136 201-265
Appareil de la digestion	75-137 201-266
Appareil de la circulation	77-139 203-267
Appareil de la respiration	77-139 203-268
Appareil de la sécrétion urinaire	78-140 204-268
Appareil de la génération	78-140 204-269
Généralités	79-143 206-271

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

Pages

I. — Table des auteurs v

I. — Mémoires originaux v

II. — Revues analytiques v

1° Thèses et Brochures v

2° Travaux divers VI

II. — Index bibliographique XVI

III. — Table générale des matières XVI

Lorsque, suivant le conseil du regretté professeur Verneuil, nous tentâmes d'organiser la *Ligue contre le cancer*, nous avions la pensée de fonder un jour ou l'autre une Revue périodique où seraient pour ainsi dire centralisés tous les travaux ayant pour objet les maladies cancéreuses.

Le moment nous paraît venu de mettre ce projet à exécution. De toutes parts, en effet, en France et à l'étranger, les recherches vont chaque jour se multipliant dans le but d'élucider l'étiologie, la pathogénie, ainsi que le traitement de cette maladie encore si mal connue et contre laquelle nous sommes si désarmés qu'on a pu dire avec raison qu'elle était la honte de la chirurgie contemporaine.

Il nous a donc semblé que ce serait faire œuvre utile de fonder un organe de publicité destiné, non seulement à grouper ensemble les travaux originaux, mais encore à fournir un résumé aussi complet que possible de tout ce qui se publie en France et dans les autres pays sur les questions afférentes au cancer.

Afin de mener à bien cette entreprise nous avons fait appel à la bonne volonté d'un certain nombre de nos collègues de Paris et de la province, et il suffira de parcourir la liste de nos collaborateurs pour être assuré d'avance du succès de notre œuvre.

La *Revue des maladies cancéreuses*, qui paraîtra régulièrement tous les trois mois, comprendra, outre des *mémoires originaux*, des *analyses* et *résumés* des principaux travaux édités à part ou publiés dans les recueils périodiques français et étrangers, et l'*indication bibliographique* de tous ceux qui, faute de place, ne pourront être analysés.

M. le Docteur Ozenne a bien voulu se charger de remplir les fonctions de rédacteur en chef et nous tenons à l'en remercier publiquement.

Pr S. Duplay.

BOSTON MEDICAL
LIBRARY
NOV 29 1910

REVUE
DES
MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA THÉORIE PSOROSPERMIQUE DU CANCER

par **Maurice CAZIN,**

Chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

La question de l'étiologie du cancer vient de traverser, pendant une durée de cinq ou six années, une phase que l'on peut considérer comme à peu près terminée, car il semble bien démontré aujourd'hui que les faits rassemblés à l'appui de la théorie psorospermique du cancer n'ont pas résisté à l'étude critique, basée sur les recherches de contrôle impartialement instituées par différents auteurs.

Il serait presque impossible de faire d'une façon complète le résumé analytique de ce chapitre de la doctrine parasitaire des tumeurs cancéreuses, en présence du nombre considérable de travaux dans lesquels on a multiplié les descriptions d'éléments considérés comme étant les parasites spécifiques du cancer et rangés presque uniformément dans le groupe des *Sporozoaires*, sans qu'il y eût d'ailleurs, le plus souvent, des caractères suffisant à justifier cette qualification.

Les partisans les plus autorisés de la théorie psorospermique du cancer ont d'ailleurs fait justice eux-mêmes d'un certain nombre d'observations, dans lesquelles on avait manifestement pris pour des organismes parasitaires de simples produits de dégénérescence cellulaire, ou des inclusions cellulaires, ou encore des produits de fragmentation irrégulière des noyaux et des nucléoles; c'est ainsi que M. Ruffer, qui a consacré les plus patients efforts à l'étude très consciencieuse des éléments d'apparence parasitaire existant dans

les tissus cancéreux, a formellement déclaré que les coccidies de Wickham, de Korotnew et de Podvyssotzki n'étaient que des cellules pathologiques invaginées et dégénérées.

Comme le disait M. le professeur S. Duplay dans son rapport au Congrès de Budapest (1), si on laisse de côté les corps pseudo-parasitaires décrits par les auteurs que nous venons de citer, toute la discussion se concentre sur la signification qu'il convient de donner aux éléments décrits par M. Foà, d'une part, par M. Soudakewitch, d'autre part, et enfin par MM. Ruffer, Walker et Plimmer.

Or, si l'on cherche à comparer les résultats de ces observateurs, on est immédiatement frappé des différences essentielles qui existent soit entre les caractères énoncés dans leurs descriptions, soit entre les figures représentant les pseudo-parasites, alors que les mêmes auteurs, et particulièrement M. Pio Foà, dans un rapport au Congrès de Rome, semblent admettre l'identité des corps qu'ils considèrent, chacun de leur côté, comme les agents spécifiques des néoplasmes cancéreux.

« Ces observateurs ne sont pas même d'accord sur le siège exact de leurs corps pseudo-parasitaires, puisque ceux de M. Foà sont toujours *paranucléaires*, et ne sont, à aucun moment de leur développement, situés dans le noyau des cellules cancéreuses, tandis que les parasites de M. Soudakewitch sont parfois *intranucléaires* et que ceux de MM. Ruffer et Plimmer passent d'abord par une période de développement *intranucléaire*, et quittent ensuite le noyau de la cellule cancéreuse, après s'être entourés d'une capsule ; ils continuent alors leur accroissement dans le protoplasma de la cellule, refoulant vers la périphérie le noyau qui s'atrophie peu à peu. Il est impossible d'être en désaccord plus absolu, et devant ces faits contradictoires on ne saurait admettre comme démontrée l'existence de parasites qui, pour les uns, se développent *dans le noyau* des cellules cancéreuses, alors que, pour les autres, ils sont toujours *en dehors du noyau* des cellules. » (S. Duplay).

Nous avions déjà, M. le Professeur Duplay et moi, insisté, au Congrès de Londres de 1891, sur l'absence de formes de reproduction dans les descriptions de sporozoaires du cancer, nous basant sur cette lacune pour constater que, même dans le cas où il aurait été démontré qu'il s'agissait réellement d'organismes parasitaires, rien n'autorisait à placer ces organismes parmi les coccidies, et c'est alors que nous ajoutions que les éléments qui,

(1) S. Duplay : Rapport sur l'*étiologie du cancer* ; C.-R. du 8e Congrès International d'hygiène et de démographie, *Semaine médicale*, 1894, p. 416.

dans la plupart des tumeurs examinées par nous, avaient attiré notre attention par leur ressemblance avec les diverses formations parasitaires décrites dans les cancers épithéliaux, nous avaient paru être le résultat soit de divisions irrégulières du noyau, soit de dégénérescences cellulaires, soit enfin d'une évolution cellulaire spéciale qui, dans les épithéliomas pavimenteux, est en rapport avec la formation des globes épidermiques, comme l'a fait remarquer M. Fabre-Domergue.

Dans leurs travaux, postérieurs au Congrès de Londres, MM. Foà, Soudakewitch, Ruffer et Plimmer ont décrit des formes de reproduction, mais si, comme pour le siège des parasites par rapport au noyau des cellules cancéreuses, on compare les descriptions de ces auteurs relatives à la multiplication, on relève également entre elles un désaccord complet, les parasites se multipliant par *scissiparité* sur les préparations de MM. Ruffer et Plimmer, et par *formation de spores* sur celles de MM. Foà et Soudakewitch, lesquels sont eux-mêmes d'un avis tout différent au point de vue du *mode* de formation des spores. Dans ces conditions, tout disposé qu'on pouvait être à se laisser convaincre par une entente parfaite entre les partisans des sporozoaires du cancer et à voir dans l'identité des éléments parasitaires décrits par les uns ou les autres une preuve de la réalité de ces parasites, on ne pouvait s'empêcher, devant une constatation contraire, d'émettre un doute formel au sujet de la théorie psorospermique. Ces contradictions ont d'ailleurs frappé tous ceux qui se sont intéressés à la discussion, et M. Pierre Delbet, notamment, comparant les préparations de Darier, d'Albarran et de Soudakewitch, a constaté comme nous les dissemblances existant entre les figures qui, sur ces diverses préparations, sont considérées comme des parasites (1).

Dès la publication des premiers travaux relatifs aux pseudo-coccidies du cancer, M. le Professeur Cornil (2), étudiant les formes irrégulières des divisions indirectes des cellules épithéliomateuses, mettait en garde les observateurs contre les interprétations erronées auxquelles on pouvait être conduit en regardant certaines de ces formes comme des coccidies. Or, l'année suivante, M. Soudakewitch (3) considérait précisément comme des parasites et repré-

(1) Pierre Delbet : Traité de chirurgie clinique et opératoire, t. 1.

(2) Cornil : Mode de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithélioma. Journal de l'anat. et de la physiol., 1891.

(3) Soudakewitch : Recherches sur le parasitisme intracellulaire et intranucléaire chez l'homme. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.

sentait comme tels, dans les planches qui accompagnent son travail. de nombreux éléments dessinés par M. Cornil comme correspondant à des modifications des noyaux.

Dans quelques-unes des figures de M. Soudakewitch, on observait cependant des corps inclus présentant un aspect rayonné qui pouvait paraître suffisant pour différencier ces éléments des cellules mêmes du cancer, et, en effet, il était assez difficile d'opposer aux partisans de la théorie psorospermique une interprétation satisfaisante au sujet de ces corps rayonnés. Or, dans un travail ultérieur, M. Brault (1) a montré que, dans les épithéliomas d'origine ectodermique, de simples modifications de l'appareil filamenteux pouvaient donner lieu à des figures tout à fait semblables aux éléments rayonnés de M. Soudakewitch.

C'est ainsi qu'en multipliant les examens minutieux des modifications cellulaires dans les cancers épithéliaux, on peut arriver à fournir la véritable interprétation anatomo-pathologique de toutes les formations qui ont été considérées comme des coccidies.

M. Fabre-Domergue s'est appliqué à cette tâche avec une rigueur et une méthode vraiment scientifiques, et dans un travail des plus importants (2), il a pris en quelque sorte *une à une* chacune des formes soi-disant parasitaires, pour l'examiner au point de vue de ses caractères protozoologiques et en montrer la descendance directe aux dépens des cellules néoplasiques. Après avoir montré que les pseudo-coccidies du type d'Albarran et celles du type de Darier représentent des modes divers d'évolution de la cellule épithéliale de revêtement évoluant vers l'état adulte, il étudie ensuite, comme correspondant aux pseudo-coccidies du type de Thoma et de Nils-Sjöbring, les dégénérescences totales ou partielles des cellules épithéliales glandulaires ou des cellules de revêtement dermique qui, au lieu d'évoluer vers le type adulte, conservent le caractère de cellules embryonnaires. De cette longue étude, dans laquelle il discute minutieusement toutes les assertions émises par les partisans de la théorie psorospermique du cancer, M. Fabre-Domergue arrive à conclure que les formes décrites par ces auteurs comme des sporozoaires n'ont avec ces êtres que des ressemblances morphologiques et n'en possèdent pas les caractères, alors qu'elles se rattachent toutes, par des graduations insensibles, à la cellule néoplasique dont elles émanent par voie de dégénérescence.

(1) Brault : *Bull. de la Soc. anat.*, 1894.

(2) Fabre-Domergue. Discussion sur l'origine coccidienne du cancer, *Ann. de Micrographie*, t. VI, 1894.

Comme la théorie microbienne qui l'avait précédée, avec les travaux de Rappin, Scheuerlen, Schill, Domingos Freire, Koubassoff, etc., la théorie psorospermique du cancer n'est basée sur aucun ensemble de faits probants et semble avoir perdu actuellement tout crédit, alors que les arguments des partisans de la théorie non parasitaire du cancer, si remarquablement exposés par M. Brault (1), conservent toute leur valeur. En tenant compte surtout de ce fait que l'étude anatomo-pathologique des maladies parasitaires ne nous a pas encore montré que des parasites étaient capables de déterminer dans les tissus des réactions autres que des réactions inflammatoires et susceptibles, par exemple, d'aboutir à une néoformation de tissu épithélial, on peut dire que, d'une façon générale, l'hypothèse de la nature parasitaire des cancers épithéliaux ne possède aucun fait certain à son actif. Sans cependant essayer de prétendre que les cancers *ne peuvent pas* être de nature parasitaire, attendu que nous n'en savons absolument rien, nous nous bornerons donc, avec M. Fabre-Domergue, à conclure que *tout* ce qu'on a décrit dans ces dernières années comme des parasites du cancer se rattache à des dégénérescences cellulaires, de sorte que, en ce qui concerne l'étiologie des cancers épithéliaux, nous sommes, comme par le passé, dans un état d'ignorance absolue et que la question est à résoudre entièrement.

SEMINIUM CELLULAIRE DANS LE CARCINOME ET L'ÉPITHÉLIOME ET DIAGNOSTIC DE LA GÉNÉRALISATION PAR L'EXAMEN DU SANG.

par le Pr G. NEPVEU

Dans les carcinomes et les épithéliomes il existe de nombreux corpuscules d'une très grande ténuité. Découverts dans ces derniers temps, ils ont été considérés par les anatomo-pathologistes soit comme des parasites, soit comme des dérivés cellulaires.

Dans cette courte note nous ne voulons étudier que les corpuscules d'origine cellulaire certaine, et signaler quelques points

(1) Brault. *Arch. gén. de méd.*, 1885.

pratiques importants, spécialement leur présence dans la lymphe et le sang.

Fleming le premier a décrit ces corpuscules à l'extérieur des cellules à côté du noyau cellulaire, il les désignait sous le nom de « corps tangibles ou colorables », pour lui ces corps ne dérivent pas de la chromatine des noyaux, ni des granulations basophiles d'Ehrlich.

Fleming les avait observés dans les tissus normaux, les ganglions lympathiques, Firke, 1891, les avait décrits dans les tumeurs cancéreuses, lorsque Russell leur donna le nom de corps à fuchsine (1890, *Semaine médicale*, p. 166); pour lui, ces corps étaient caractéristiques du carcinome. Cazin, Cornil, Letulle les ont rencontrés dans l'inflammation chronique du tissu conjonctif. La formation de ces corps à fuchsine était donc un phénomène assez général, marquant spécialement la formation d'une grande activité de production. Fleming, pour les colorer, employait la safranine, Firke, la méthode de Gram, Cazin, le cristal violet.

Au même moment, Ruffer et Walker, suivis de Soudakewitch, de Foa, de Podwyowzki, Melochnikoff, Nepveu, etc., cherchaient à prouver l'existence de parasites dans le carcinome. La liqueur de Biondi, l'hématoxyline, la liqueur d'Hermann, la méthode de Gram, le bain de 24 heures dans une solution aqueuse très étendue de fuchsine (Nepveu), tels étaient les procédés que ces divers auteurs employaient de préférence. On admettait alors comme un principe évident, que des réactions cellulaires différentes en face de matières colorantes composées, indiquaient par une espèce de sélection naturelle, une composition chimique et une origine différentes. Ce principe a été poussé par les auteurs que nous venons de citer jusque dans ses dernières limites, bien à tort. Une cellule épithéliale jeune ne ressemble en rien, pour sés réactions, à une cellule épithéliale adulte ou même caduque, au point de vue de ses réactions colorantes, à plus forte raison les dérivés corpusculaires dont nous parlons. Cependant, les recherches dont on a méconnu l'importance ont servi a établir contre les vues de leurs auteurs, d'une façon incontestable, qu'il y avait dans les carcinomes et les épithéliomes, des phénomènes de kory-kinèse tout à fait anormaux (Hansemann), et que les fins corpuscules qu'on croyait être des parasites, n'étaient que des dérivés infiniment petits de l'activité cellulaire. Ce sont ces produits si minuscules que je tiens à envisager ici sous le titre de seminium cellulaire, me réservant de revenir plus tard sur la question parasitaire.

Les Eléments cellulaires du carcinome et de l'épithéliome sont d'une extrême *petitesse* de 1 à 2 μ de diamètre et même moins. A côté des plus petits, il n'est pas rare d'en observer de plus gros, offrant 3, 4, 5, 6 μ et plus, et présentant de la sorte tous les degrés, toute la gamme de l'évolution cellulaire. Les plus petits sont très réfringents et peuvent être pris pour des globules de graisse libres ou même de gros microcoques.

Leur *aspect* est variable, tantôt ils sont simples, tantôt ils présentent un point central ou noyau. Ce noyau lui-même peut être plus ou moins épais, renflé, terminé par une queue, la matière nucléaire peut être disposée aux deux pôles au lieu d'être centrale.

Leur siège est très variable, tantôt ils sont intranucléaires, tantôt protoplasmiques, souvent intracellulaires, parfois extracellulaires, tantôt inclus dans les cellules, tantôt libres. J'ai pu en trouver 16 à 20 dans les noyaux de certaines cellules carcinomateuses, environ 34 dans le protoplasme d'une de ces cellules où on les observe souvent en nombre indéfini.

Leur origine est multiple dans les *cellules carcinomateuses*, les éléments cellulaires proviennent du noyau (fig. 8, 9), ou du protoplasme cellulaire (fig. 9). Ces corpuscules ou éléments cellulaires forment parfois une couronne tout autour du noyau (fig. 13), ou remplacent le noyau lui-même qui disparaît ainsi complètement (fig. 10 et 12). Voilà pourquoi je pense que leur origine est essentiellement nucléaire.

Les *endothéliums* vasculaires présentent les mêmes formations, soit dans les lymphatiques, soit dans les capillaires sanguins. Dans les lymphatiques, la division tétragénique du noyau est très nette (fig 6). Mais ces produits secondaires sont eux-mêmes l'objet de divisions tertiaires ; aussi observe-t-on souvent une série indéfinie de corpuscules intracellulaires, de cellules filles intracellulaires, cellules physiliphores de Virchow.

Ce n'est pas seulement dans les parois des lymphatiques et des capillaires que l'on observe ces corpuscules ou éléments cellulaires, mais encore *dans le sang* lui-même et la *lymphe et les ganglions lymphatiques* ; j'ai pu à diverses reprises en trouver en notable quantité dans les vaisseaux lymphatiques (fig. 14 a) ; si l'on veut bien étudier les ganglions lymphatiques d'un épithélioma au début de la généralisation, il n'est pas rare d'en observer aussi. Dans les parois vasculaires, le fait est fréquent (fig. 16), mais dans le sang lui-même, on les trouve souvent (v. fig. 15) ; je me suis servi dans ce but d'une solution éosinée de bleu de méthylène et j'ai pu réussir

à l'état frais à colorer ainsi ces très petits éléments. Le noyau est toujours coloré facilement, mais le protoplasme cellulaire reste clair et tellement incolore qu'on peut ne pas le remarquer. J'ai ainsi trouvé dans le sang obtenu par piqûre autour d'un épithélioma de la face un grand nombre des ces corpuscules élémentaires. Dans deux cas de carcinomes du sein, je suis arrivé au même résultat en étudiant spécialement le sang à une distance de plusieurs centimètres (4 centimètres). Enfin dans un de ces cas, j'ai trouvé de ces corpuscules élémentaires dans le sang général, piqûre du doigt. Si donc les cellules épithéliales ou carcinomateuses ne peuvent pas passer dans les capillaires grâce à leur gros volume, les corpuscules cellulaires ou éléments cellulaires que nous envisageons passent facilement et voilà comment je les ai observés dans le sang de la circulation générale sur le vivant dans le cas de généralisation. Déjà en 1878-79, j'avais recherché, mais en vain, dans un grand nombre de cas et trouvé exceptionnellement des cellules épithéliales dans le sang (voir Mémoires de chirurgie Nepveu, 1880, page 173, et Soc. de biologie, 1874, 31 janvier : contre indication à l'extirpation des tumeurs méliniques tirées de l'examen du sang...)

Mais ici il s'agit d'un fait bien différent, il ne s'agit plus de trouver dans le sang les grosses cellules carcinomateuses, mais ces corpuscules, ces éléments cellulaires dont nous venons de parler. L'importance de ce fait n'échappera pas aux cliniciens qui n'avaient pu tirer des recherches micrographiques de criterium certain pour arriver à un diagnostic si utile de la généralisation, avant d'opérer.

On doit examiner une goutte du sang tirée de la circulation générale, du doigt par exemple, ou du voisinage de la tumeur dans du sérum coloré par le bleu de méthylène et l'éosine. On observe alors dans le sang des noyaux plus ou moins gros, colorés en bleu ou en rouge, suivant les proportions des matières colorantes, et autour d'un noyau gros comme la moitié d'un globule rouge ou même plus petit encore, une légère collerette transparente et plate, c'est le protoplasme épithélial. J'ai aussi essayé avec succès, mais plus rarement, les préparations avec le sang desséché sur de fines lamelles colorées de la même manière. J'ai parfaitement réussi sur deux cancers du sein.

Les globules blancs offrent un grand intérêt dans l'accroissement des tumeurs; les 6 ou 8 noyaux qu'on y observe sortent tour à tour du leucocyte (fig. 5) et donnent naissance à de nouvelles cellules extrêmement petites. Ces leucocytes disséminés en grande

quantité à la périphérie de la tumeur, dans la zone suspecte et à longue distance du néoplasme original, se répandent le long des vaisseaux dans les lymphatiques, le long des nerfs et dans le tissu conjonctif lâche. La diapédèse leucocytique est intense autour des carcinomes et des épithéliomes.

Les lymphocytes suivent la même marche dans les lymphatiques et la figure 14 en présente un bel exemple. L'évolution est la même. Les cellules voyageuses comme les cellules fixes offrent un processus analogue et qui a la même fin.

Ces éléments cellulaires ou corpuscules d'origine cellulaire se voient aussi très bien dans les tumeurs mélaniques, et, grâce à leur coloration, on peut reconnaître leur dissémination et leur présence dans les ganglions secondaires, et on comprend que l'arrivée de tels germes soit suivie d'une infection de l'organe.

En résumé :

1° Dans les cellules carcinomateuses et épithéliales il se forme, aux dépens du noyau et du protoplasme, une masse considérable de corpuscules d'une très grande finesse, de 1 à 2 μ de diamètre, avec ou sans noyau ; on peut les désigner sous le nom d'éléments cellulaires ou de corpuscules cellulaires.

2° Ils forment le véritable seminium, le véritable agent de dissémination de ces tumeurs ; les cellules adultes sont ou trop grosses ou déjà trop altérées. Elles ne peuvent, vu leur volume pénétrer dans les capillaires. Les éléments cellulaires pénètrent partout.

3° Ces éléments proviennent directement du noyau des cellules, peut-être du protoplasme. Ils constituent la descendance directe des cellules matricielles. Ils peuvent provenir aussi des globules blancs et des lymphocytes.

4° Malgré leur petitesse, on peut déceler leur présence dans le sang de la tumeur, dans le sang du pourtour de la tumeur, ou même dans le sang général, tiré du doigt dans les cas de généralisation avérés (Nepveu), à l'aide du sérométhylène éosiné à l'état frais. C'est le meilleur procédé.

TRAITEMENT DE L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DU VAGIN (1)

Le but que doit se proposer le chirurgien, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un cancer, c'est d'enlever la totalité des tissus malades, en dépassant, aussi largement que possible, les limites du mal.

L'on devra tenir la même conduite dans les cas d'épithélioma du vagin. Malheureusement, l'on se trouvera ici fréquemment en présence de difficultés opératoires considérables, dépendant de la région où l'on opère, et de l'extension rapide du néoplasme aux organes voisins ; et l'on sera trop souvent obligé de se contenter d'opérations palliatives.

Certains chirurgiens n'hésitent pourtant pas devant des délabrements considérables. Lisfranc donnait déjà le conseil d'enlever la cloison quand elle était prise, préférant établir un cloaque plutôt que de laisser le carcinome évoluer. De nos jours, Schroeder, dans un cas d'infiltration cancéreuse diffuse du vagin chez une vieille femme, a enlevé tout le canal vaginal, museau de tanche compris ; il est vrai que cela n'a pas empêché la récidive. Pour Hegar et Kaltenbach, l'extension du néoplasme à la vessie et au rectum ne doit pas être considérée comme une contre-indication, dès qu'on peut enlever tout ce qui est malade, car il est toujours possible de fermer avec une suture la solution de continuité de ces organes.

Ne nous occupons d'abord que *de l'épithélioma limité au vagin.*

Lorsque la tumeur est petite, bien limitée, surtout lorsqu'elle siège à la partie inférieure du vagin, il est facile de l'enlever par la voie vaginale. On fera l'*excision simple.* C'est ce procédé qu'ont employé Lisfranc, Chassaignac, Nélaton, et c'est aussi celui qu'on emploie encore le plus couramment aujourd'hui. Généralement autrefois l'on ne faisait pas de sutures et, la tumeur enlevée, l'on se contentait de panser à plat. Signalons cependant le procédé original imaginé par Chassaignac. Avant d'opérer, il plaçait sur les côtés de la tumeur dans les tissus sains, et à des hauteurs différentes, de chaque côté, des ligatures doubles. « De la sorte, on pouvait faire l'hémostase et comprimer les tissus dans le sens vertical en liant ensemble l'un des chefs d'une ligature inférieure, et d'un autre côté, en unissant ensemble les chefs de deux ligatures

(1) Bernard (Félix). De l'épithélioma primitif du vagin. Thèse de Paris, n° 219, page 49, 1895).

correspondantes d'un côté à l'autre, former des anses transversales, susceptibles d'amener au contact les lèvres de la perte de substance faite aux parois du vagin. »

Actuellement, on circonscrit par une incision la tumeur, en empiétant largement sur les tissus sains, on la détache de sa base d'implantation, et l'on termine en faisant une double rangée de sutures, profondes et superficielles. Il sera bon d'établir un drainage si la cavité pré-rectale, formée par l'ablation de la tumeur, est un peu étendue.

Schroeder insiste sur ces précautions, en donnant la relation de ses trois premières opérations.

Dans les deux premières, il avait seulement réuni la muqueuse. Comme le cancer siégeait à la partie supérieure de la paroi postérieure, après l'ablation il était resté, entre le péritoine, le rectum et le vagin, un espace creux dans lequel il se produisit une stagnation et une infection des liquides épanchés. Dans le troisième cas, il fit des sutures profondes et draina le cul-de-sac postérieur. Aussi les résultats furent-ils bien différents. La première opérée mourut d'infection ; la deuxième guérit, mais il y eut désunion de la plaie et la cicatrisation fut très longue à s'effectuer ; la troisième guérit parfaitement.

Lorsque le tissu de la tumeur est friable et ne peut être saisi, l'on peut, comme le conseille Lisfranc, abaisser le néoplasme en faisant des tractions sur les parties de la muqueuse situées au-dessus, ou sur le col de l'utérus.

Les accidents possibles de l'opération sont : l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, l'hémorrhagie, l'ouverture du rectum ou de la vessie. L'ouverture du cul-de-sac péritonéal n'aura pas de suites fâcheuses si l'on opère aseptiquement ; souvent même on pratique cette ouverture avec intention, pour se donner du jour ou pour poursuivre un prolongement de la tumeur ; on peut du reste le refermer immédiatement par un surjet au catgut. L'hémorrhagie est assez abondante le plus souvent, mais il est ordinairement facile de s'en rendre maître, et l'on doit considérer comme exceptionnel le cas de Grünewald, qui eut le malheur de couper, en enlevant une récidive circonscrite d'un cancer du vagin avec l'anse du galvano-cautère, la branche antérieure de l'artère hypogastrique. L'on crut d'abord à une hémorrhagie parenchymateuse, mais la malade mourut au bout de quelques minutes, et l'autopsie permit de reconnaître l'origine de l'accident.

Quant aux plaies du rectum et de la vessie, il est facile d'y

remédier au cours de l'opération. Quelquefois, l'on ne constate que plus tard l'existence de la fistule, mais si tout le tissu cancéreux a été enlevé, et si la fistule n'est due qu'à l'acte opératoire, elle s'oblitèrera souvent spontanément ; du reste une deuxième intervention est toujours possible.

Pour faire l'ablation d'un épithélioma du vagin, l'on peut employer le thermo-cautère, l'anse galvanocaustique, l'écraseur à chaîne ; mais l'on se servira le plus souvent du bistouri, qui permet d'obtenir la réunion, et l'on n'emploiera le thermo-cautère que dans les cas de vascularisation anormale de la tumeur.

L'opération par la voie vaginale présente beaucoup d'inconvénients, surtout lorsque la tumeur occupe son siège habituel, c'est-à-dire la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin, ou lorsque l'on a affaire à des néoplasmes très étendus. Les difficultés opératoires sont nombreuses ; l'on ne manœuvre pas à l'aise ; l'on n'est pas sûr d'enlever la totalité du mal ; ces difficultés sont encore plus grandes, lorsque le vagin est très étroit. De plus, si l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal, on risque de l'infecter par des doigts ou des instruments qui viennent d'être en contact avec des tissus cancéreux.

Ces inconvénients sont tels que Fritsch, dans la dernière édition de son ouvrage (Klinik der gebürtsh. Opérat. 1894, 6e édit.) dit qu'il se propose, à l'occasion, d'opérer les cancers du vagin par la voie sacrée. L'on peut songer, en effet, à opérer l'épithélioma du vagin par la voie sacrée, mais l'on se résoudra difficilement à une opération aussi grave, lorsque le vagin seul est intéressé.

Procédé de Pozzi et d'Olshausen. — Aussi le procédé opératoire que M. Pozzi employa récemment, et qu'il fit connaître à la Société de chirurgie le 19 décembre 1893, pourra rendre de grands services dans certains cas de cancer du vagin.

Voici en quoi il consiste : Incision transversale du périnée, puis, en s'aidant du toucher rectal, dédoublement progressif de la cloison jusqu'au cul-de-sac de Douglas, que l'on ouvre, si c'est nécessaire, sans que le bistouri ait encore pénétré dans des tissus infectés. On libère complètement la tumeur dans tous les sens ; il est facile alors de la faire saillir à l'intérieur du vagin et de l'enlever en empiétant largement sur les tissus sains. Sutures du vagin et drainage du cul-de-sac à la gaze iodoformée. On peut alors, comme l'a fait M. Pozzi, terminer par une réunion de la plaie périnéale suivant une ligne perpendiculaire au trajet de l'incision, faire en un mot une sorte de périnéorrhaphie à la Lawson-Tait.

Ce procédé offre les avantages suivants : Il donne de l'espace et permet d'enlever beaucoup plus complètement les parties malades ; ensuite l'incision du péritoine est faite avant que l'on ait touché aux tissus ulcérés.

La périnéotomie avec dédoublement de la cloison avait été conseillée, en 1889, par Zuckerkandl pour l'extirpation de l'utérus. Bien que Frommel ait employé une fois ce procédé pour faire l'hystérectomie, et qu'on puisse l'utiliser dans ce cas lorsque le vagin est très étroit, l'application qu'en a faite M. Pozzi à l'extirpation des néoplasmes de la paroi postérieure paraît beaucoup plus rationnelle.

Tout récemment, Olshausen (Centralblatt für Gynækologie, janvier 1895) recommande le même procédé. Il conseille de pousser la dissection aussi loin que cela sera nécessaire sur les parois latérales du vagin.

Si l'on éprouve quelque difficulté, en raison de l'étroitesse du vagin ou du volume de la tumeur, à pratiquer le dernier temps de l'opération, l'on pourra, à l'exemple d'Olshausen, sectionner la paroi vaginale décollée, depuis son bord périnéal jusqu'au néoplasme, et rabattre les deux lambeaux ainsi formés. L'on aura alors beaucoup de jour, et il sera facile d'exciser tous les tissus malades.

Quelle conduite devra-t-on tenir *quand le col de l'utérus sera intéressé?*

Le procédé que nous venons de décrire a été aussi employé par Olshausen pour enlever l'utérus en même temps que les parties malades du vagin. Dans ce cas, les temps préliminaires de l'opération sont les mêmes. Lorsque le cul-de-sac de Douglas a été ouvert, on renverse l'utérus en arrière dans l'espace situé entre le vagin et le rectum, puis on sectionne les ligaments en les liant au fur et à mesure en allant des trompes vers le col. Puis on enlève, avec les ciseaux, le cancer du vagin et l'on termine l'hystérectomie après décollement de l'utérus et de la vessie.

L'on peut aussi, lorsque l'utérus et le vagin sont envahis simultanément sur une grande étendue, intervenir par la voie sacrée. Notons que plusieurs auteurs, Zweifel, Herzfeld, Morestin, Westermak, considèrent justement, comme une indication de l'hystérectomie sacrée, l'envahissement des parois du vagin par le cancer. Dans les cas d'épithélioma primitif du vagin ayant envahi le col, cette intervention pourrait donc être justifiée.

D'autres chirurgiens préfèreront, lorsque cela sera possible,

enlever d'abord l'épithélioma du vagin et faire ensuite l'hystérectomie vaginale.

Que si l'on hésite à faire courir aux malades la chance d'une opération aussi grave que l'hystérectomie, sacrée ou vaginale, étant donné surtout le petit nombre de succès thérapeutiques signalés jusqu'à présent, l'on pourra se contenter de pratiquer, comme A. Martin l'a fait plusieurs fois, l'amputation du col et d'enlever ensuite la tumeur du vagin.

Si l'épithélioma a envahi les *parois du rectum*, et qu'il ne soit plus possible de dédoubler la cloison, l'on pourra encore pratiquer des opérations utiles.

« Chez une femme dont le cancer occupait toute la cloison recto-vaginale en partie détruite et donnant lieu à un cloaque, V. Eiselberg pratiqua d'abord la résection du coccyx, et établit un anus artificiel dans la région sacrée après avoir extirpé tout le néoplasme ; la plaie fut ensuite réunie par des points de suture, et l'utérus ayant été abaissé, on fixa le col à l'extérieur, au niveau de la peau. La guérison se fit rapidement ; les règles furent librement évacuées à l'extérieur, et les selles ne tardèrent pas à être retenues. Cette conduite hardie mérite d'être imitée. » (Pozzi. *Traité de Gynécologie*).

Citons à ce propos le cas de Rüter, qui se servit aussi de l'utérus abaissé pour reconstituer la paroi vaginale postérieure, bien que dans son cas la paroi rectale n'ait pas été ouverte.

L'on pourrait aussi, lorsque le sacrifice de la cloison serait nécessaire, employer le procédé qu'imagina Leprévost, du Havre, dans un cas de cancer de la paroi antérieure du rectum ayant envahi la cloison (in Thèse de Forterre, Paris, 1892). Il disséqua d'abord un lambeau semi-lunaire occupant toute la largeur du périnée, dont la concavité embrassait la fourchette, et dont la convexité confinait à l'anus. La muqueuse vulvaire fut divisée sur la ligne médiane, en avant des caroncules myrtiformes, de telle sorte que le lambeau était complètement libre et flottant dans ses parties moyennes, tandis que par ses extrémités il se continuait avec les grandes lèvres. Ensuite ablation de la cloison depuis le voisinage du cul-de-sac postérieur jusques et y compris la demi-circonférence antérieure du sphincter anal. Puis, le lambeau périnéal fut attiré à la rencontre du cul-de-sac postérieur du vagin et fixé au lambeau vaginal supérieur par des points de suture, de telle sorte que sa face cruentée regardait le vagin et sa face cutanée la cavité du rectum. Enfin le chirurgien termina en abaissant par

glissement la paroi antérieuse du rectum et en la fixant par quelques crins de Florence à la place périnéale. Suites très simples ; résultats fonctionnels excellents, absence de récidive au bout de deux ans.

Notons que l'opération de Kraske pourrait aussi être utilisée dans les cas du cancer envahissant sur une certaine étendue les parois du rectum.

Lorsque la *vessie est intéressée*, l'on peut se contenter d'opérer par la voie vaginale, à moins que l'utérus ne soit envahi en même temps, auquel cas l'on peut intervenir aussi par la voie sacrée.

Que doit-on faire lorsque le cancer s'est propagé aux ganglions? Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas rares où la palpation permettra de sentir des masses ganglionnaires dans le bassin. Mais, lorsque l'on constatera une adénopathie inguinale, quelle sera la conduite du chirurgien? D'après certains auteurs, entre autres Péan, l'adénite inguinale est une contre-indication de toute opération. Il semble pourtant que l'on serait autorisé à agir pour le cancer du vagin comme pour le cancer d'autres organes, du sein par exemple, et que l'on pourrait enlever les ganglions inguinaux engorgés ou même simplement sensibles, comme cela a été fait du reste en certains cas.

Comme on le voit, le chirurgien aura à sa disposition un nombre considérable de procédés. Il choisira l'un ou l'autre suivant l'étendue des lésions. L'état général, l'âge de la malade, son énergie, son désir d'être opérée radicalement, devront aussi entrer en ligne de compte, surtout lorsqu'il s'agira d'entreprendre une opération grave, comme quelques-unes que nous venons de signaler.

Les suites sont si peu favorables qu'elles n'engageront guère la majorité des opérateurs à pratiquer certaines de ces interventions. On peut ajouter, il est vrai, qu'en faisant des extirpations complètes, comme on a une tendance à le faire aujourd'hui, les statistiques deviendraient un peu moins sombres.

Quoiqu'il en soit, actuellement, les résultats sont loin d'être brillants. « Toutes mes malades ont été atteintes de récidives, dit A. Martin, et cependant je suis persuadé d'avoir, tout au moins dans la plupart des cas, opéré dans des tissus sains. »

Sur seize malades opérées à la clinique d'Olshausen, il y eut quinze récidives rapides; une seule ne présentait pas de récidive au bout de deux ans.

En enlevant les récidives à mesure qu'elles apparaissent, en

suivant les malades, on parvient, dans quelques cas exceptionnels, à prolonger leur vie deux ou trois ans.

L'opérée de Rüter ne présentait pas de récidive deux ans après l'opération, et avait même eu un accouchement normal. Mais ces faits sont très rares. Dans l'immense majorité des cas, la récidive survient au bout d'un ou deux mois, et les malades succombent en général dans l'année qui suit l'opération. Notons que les cas opérés sont choisis souvent parmi les plus favorables, et l'on se rendra compte une fois de plus de l'extrême malignité de l'affection.

Dans beaucoup de cas, les désordres sont si étendus, la cachexie si prononcée, qu'il est impossible de penser à autre chose qu'à une *opération palliative*. Le grattage à la curette des fongosités cancéreuses et leur cautérisation au cautère actuel, suivant la pratique de M. Pozzi, constituera le traitement de choix pour arrêter les hémorrhagies et les sécrétions fétides. Débarrassées du foyer d'infection constitué par les masses bourgeonnantes et ulcérées de l'épithélioma, n'étant plus affaiblies par des hémorrhagies continuelles, les malades reprendront une certaine vigueur, et l'on assistera quelquefois à de véritables transformations. En répétant plusieurs fois cette intervention, l'on peut arriver à prolonger quelque peu leur existence.

L'on recommandera aussi les injections chaudes de solutions antiseptiques, au sublimé, à l'acide phénique, mais surtout au permanganate de potasse, qui fait disparaître assez rapidement la mauvaise odeur des sécrétions.

L'on peut aussi enlever les masses fongueuses au thermo-cautère ou au galvano-cautère. Nous ne dirons rien des injections interstitielles dans le tissu de la tumeur, de l'emploi des caustiques chimiques, etc. Ce sont des moyens qui ont pu rendre des services dans quelques cas particuliers, mais qui ne sont plus guère employés de nos jours.

L'on n'hésitera pas, dans les cas de violentes douleurs, à prescrire, largâ manu, la morphine sous toutes ses formes, injections sous-cutanées, suppositoires, etc.

Devra-t-on intervenir pendant la grossesse?

Il semble que l'on puisse se rallier à l'opinion de Schroeder. D'après lui, les grosses tumeurs doivent être extirpées ; on pourra ne pas toucher aux petites qui n'empêcheront pas le cours de la grossesse.

Lorsqu'on découvrira la tumeur seulement au *moment de l'accouchement*, l'on se basera sur les considérations particulières

à chaque cas. Les malades dont Brückner et Bailly rapportent les observations mirent au monde des enfants vivants, malgré l'existence de tumeurs volumineuses.

Si la tumeur était petite, pédiculée, et qu'on pût l'enlever facilement et rapidement, on serait en droit, semble-t-il, d'en faire l'ablation avant l'accouchement.

S'il y a urgence de le terminer promptement, deux cas peuvent se présenter. Si l'enfant est mort, l'on pourra recourir à l'embryotomie, sans se dissimuler sa gravité dans ces circonstances.

Si l'enfant est vivant, l'on devra recourir, comme Spiegelberg et Fritsch le conseillent, à l'opération césarienne. Péan se rallie à cette opinion; « car, dit-il, en présence de pareilles tumeurs, le chirurgien doit s'attacher à conserver la vie de l'enfant, qui, seule, n'est pas directement compromise. »

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Delmas et Cannieu. — *Chondro-myxo-sarcome du tibia* (Journ. Méd., Bordeaux, 31 mars 1895).

Cette tumeur, qui s'était développée à la suite d'un traumatisme et qui avait mis huit ans pour acquérir le volume d'une mandarine, a été soumise à l'analyse microscopique, dont les détails sont ainsi exposés par l'auteur : « On aperçoit dans les coupes colorées au picro-carmin, des points sarcomateux, constitués par des petites cellules rapprochées les unes des autres. A d'autres endroits, on voit que la tumeur est formée par des tissus de nature différente. C'est ainsi qu'elle présente des points muqueux, clairs, transparents, ponctués de loin en loin par des cellules à prolongements multiples. On voit cependant, dans la substance fondamentale qui sépare ces cellules, quelques traînées fibrillaires. Plus loin, la matière fondamentale est claire et transparente, mais un peu plus colorée. Dans cette substance se trouvent de grosses cellules, plus ou moins vésiculeuses, ayant un ou deux gros noyaux; ces cellules sont entourées d'une capsule. Nous avons donc affaire ici à du tissu cartilagineux. Enfin la tumeur paraît entourée d'une capsule conjonctive. Elle est

constituée par des faisceaux de fibrilles très denses à sa partie moyenne. Vers la périphérie de la tumeur, ce tissu conjonctif modelé passe insensiblement au tissu conjonctif lâche ; vers la partie centrale, la capsule envoie des prolongements dans divers sens ; prolongements qui diminuent peu à peu de volume et finissent par se perdre au milieu des autres tissus. Ce n'est donc pas un sarcome pur, mais une tumeur mixte, où le sarcome constitue cependant une grande partie du néoplasme. »

Ch. Lévi. — *Sarcome mélanique du maxillaire inférieur gauche* (Bull. Soc. anat. n° 4, mars 1895).

Femme de 33 ans, présentant un empâtement de la région sous-maxillaire gauche; amaigrissement. Des fongosités ayant été constatées, on fait la résection du maxillaire qui est atteint de sarcome mélanique; mort deux mois après. Examen histologique des coupes faites dans le tissu voisin de l'os montrent la présence de : cellules sarcomateuses et de granulations pigmentaires. Les ganglions sont également envahis par le sarcome. Inoculations à un cobaye négatives.

Kummel. — *Sarcome secondaire du canal rachidien* (XXIV[e] Cong. Soc. all. chir. et Mercredi méd. 1[er] mai 1895).

Homme ayant subi la résection des deux tiers du sacrum pour sarcome. Deux mois plus tard paraplégie avec troubles vésicaux et douleurs localisées à la 3[e] vertèbre dorsale. Laminectomie des 2[e], 3[e] et 4[e] vertèbres dorsales; ablation d'une tumeur intra-rachidienne qui comprimait la moelle; cette tumeur, de la grosseur d'une pomme, était molle, très vasculaire, adhérente aux méninges et aux vertèbres. Disparition des phénomènes paralytiques et guérison maintenue depuis deux ans.

A. Lathuraz-Viollet. — *Ostéosarcome de l'omoplate ; polyurie symtomatique.* (Province Méd..., 16 févr. 1875).

Femme de 45 ans, atteinte depuis un an et demi de polyurie et depuis sept mois d'une tuméfaction de l'épaule avec douleurs lancinantes. Actuellement il existe un volumineux ostéosarcome de toute la région scapulo-humérale. La malade rend 7 à 8 litres d'urine dans les 24 heures. Pas d'albumine, pas de sucre. Après deux mois de séjour à l'hôpital la malade quitte le service. D'après l'auteur, il existerait une relation entre l'ostéosarcome et le diabète insipide, qu'il faudrait expliquer par une généralisation bulbo-médullaire précoce, assez limitée pour déterminer le seul symptôme polyurie.

Devic et Paviot. — *Du processus histologique d'envahissement des os plats par un cancer secondaire.* (Bull. Méd. n° 3, 9 janvier 1895).

Ainsi que cela a été constaté dans un cas de cancer du sein généralisé aux os du crâne, la lésion réactionnelle provoquée à distance par un cancer

épithélial envahissant un os plat est l'ostéite raréfiante, ou plutôt une fonte des travées osseuses, car la moelle osseuse devient plus fibreuse qu'embryonnaire. Le processus histologique est donc le même pour le cancer secondaire en ce qui concerne les os longs (Ranvier et Cornil), les os courts (Tripied), et les os plats.

Heurtaux. — *Sarcome globo-cellulaire de la moitié supérieure de l'humérus gauche. Résection*; *guérison depuis 11 ans.* (Bull. méd. n° 16, 24 févr. 1895).

Enfant de six ans sur lequel on pratique, en 1883, la résection de la moitié supérieure de l'humérus, envahi par un sarcome globo-cellulaire reconnu tel au microscope. Depuis l'intervention, pas de récidive et l'opéré peut assez bien se servir de son bras, quoique flottant.

Albertin. — *Résection du maxillaire inférieur pour cancer récidivé.* (Soc. Med. Lyon et mercredi Méd., 23 janvier 1895).

Homme de 35 ans : Cancroïde de la lèvre inférieure ; ablation, récidive six mois après avec adhérence à l'arc antérieur du maxillaire. Résection et prothèse secondaire. Pas de récidive au bout de 13 mois.

V. Eisenmenger. — *Des sarcomes plexiformes de la voûte palatine et du voile du palais* (Deut. Zeit. f. chir. XXXIV, 1-2 et Semaine méd., 16 février 1895).

Dans cet important travail, qui renferme la relation ou le résumé de 81 observations de sarcomes plexiformes, l'auteur établit que ces tumeurs sont caractérisées par des proliférations cellulaires endo ou périthéliales, pouvant subir partiellement la métamorphose colloïde; souvent elles renferment des éléments de l'enchondrome, du myxome, du fibrome et du lipome (tumeurs mixtes).

Plus fréquentes à gauche qu'à droite, ce que l'on observe aussi pour les fissures congénitales de la lèvre et du voile du palais, ces tumeurs ne siègent jamais sur la ligne médiane, elles font saillie dans la cavité buccale, situées toujours en avant de l'aponévrose du voile du palais. Quelquefois elles font saillie tout à la fois dans la bouche et dans la région parotidienne, ce qui peut rendre incertain le point de départ. D'un accroissement lent, elles débutent ordinairement entre 10 et 30 ans.

Les tumeurs mixtes de la région palatine, étant bien encapsulées, ont peu de tendance à envahir les tissus voisins, il y a cependant quelques exceptions. En général, elles ne donnent lieu à des troubles de la respiration et de la déglutition que lorsqu'elles ont atteint un notable volume.

A part quelques variétés de tumeurs revêtant des caractères de malignité, leur pronostic est favorable et leur extirpation complète est généralement facile. Si la tumeur est encapsulée, elle peut être enlevée par énucléation sans perte de sang; si elle est de nature maligne, on est

parfois forcé de réséquer une partie du voile du palais et de la voûte osseuse après trachéotomie. D'après Eisenmenger, ces tumeurs de la voûte palatine, à l'instar des sarcomes de la parotide, reconnaîtraient comme point de départ une inclusion de germes fœtaux entre les fissures et les malformations si fréquentes dans la région du palais.

Appareil de l'innervation

Cénas. — *Un cas d'astasie-abasie symptomatique, troubles de l'équilibre provoqués par des tumeurs du lobe frontal* (Loire Méd., 15 mars 1895).

Homme, âgé de 54 ans ; le début de son affection remonte à 17 mois. Un matin, lorsqu'il a voulu se lever, ses jambes se sont dérobées sous lui ; il a gardé alors le lit pendant quelques jours ; depuis cette époque, il a toujours marché difficilement. Jamais de perte de connaissance, pas d'ictus, pas de crises convulsives, pas de troubles névropathiques, pas de vertiges, pas de vomissements.

Au moment de l'examen, il lui est absolument impossible de marcher ; même soutenu fortement par les aisselles, il piétine sur place. Ses membres inférieurs sont maladroits, viennent heurter l'un contre l'autre, fléchissent, se redressent d'une façon incohérente, présentant ainsi une certaine incoordination, très différente toutefois de celle de l'ataxie locomotrice, différente également de la titubation cérébelleuse, provoquant de grotesques contorsions générales.

Station debout presque impossible. Ni atrophie, ni diminution de la force musculaire ; intégrité de la sensibilité. Aucun symptôme névropathique. Quelques jours plus tard, convulsions toniques généralisées et mort. A l'autopsie, dure-mère un peu adhérente ; tissu sous-arachnoïdien épaissi, adhérent, transformé en une gelée grisâtre, plus épaisse au niveau des scissures, notamment du sillon rolandique de chaque côté, et le long du bord supérieur. Pie-mère adhérente, sur la presque totalité de la face convexe, à la couche corticale, d'une façon sensiblement uniforme. Rien à la base. Vaisseaux sanguins dilatés.

Adhérences entre les deux hémisphères. Sur le milieu de la face droite de la faux, on trouve une tumeur ayant la forme d'une pyramide triangulaire, adhérente par sa base, longue de 5 centimètres, haute de 1 centimètre, située exactement au niveau du lobule paracentral droit, sur lequel elle a produit une dépression très accusée. Cette tumeur est de consistance osseuse ; elle présente à la coupe, au-dessous de son enveloppe fibreuse, des vacuoles du volume d'une tête d'épingle, séparées par des trabécules de tissu osseux.

Graser. — *Sarcome du cerveau* (XXIV[e] Cong. Ch. all. et Mercredi Méd., 1[er] mai 1895).

Homme de 45 ans, atteint depuis un mois d'une paralysie du bras gauche, qui ne s'est établie que progressivement; engourdissement de la jambe gauche ; crises épileptiformes ; dilatation de la pupille droite. Trépanation ; on trouve dans la région motrice de l'hémisphère droit un kyste, dont on évacue le liquide. Disparition des phénomènes paralytiques pendant 8 jours ; retour des accidents ; hernie du cerveau et mort. A l'autopsie on a trouvé dans le lobe frontal un second kyste, ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.

Handford. — *Sarcome du cerveau consécutif à un traumatisme* (Soc. clin. Lond. et Mercredi méd., 20 mars 1895).

Homme de 43 ans. Chute sur la tête; quinze jours plus tard diminution de la force musculaire qui augmente de jour en jour; au bout de quatre mois, paralysie complète du côté gauche; névrite optique. Trépanation sans succès. Peu après mort, et à l'autopsie on trouve en arrière et en dehors du corps strié, un sarcome vasculaire contenant quelques cellules en fuseau et, par places, un réseau rempli d'hématies.

V. Jansenn. — *Sarcome de la pie-mère* (Arh. Virch., Bd g. fax. 2 et Gazette méd., 16 mars 1895).

Femme de 30 ans. Attaques épileptiformes dans l'enfance et, plus tard, douleurs dans l'œil et dans les membres. En 1891, double névrite optique, paralysie double, à droite, de l'abducteur et du facial; parole embarrassée; troubles trophiques de la cornée. Malade meurt peu après dans le coma. A l'autopsie hydrocéphalée chronique; de plus existe une tumeur de l'hémisphère cérébelleux droit qui pénètre dans le bulbe et s'étend dans la protubérance jusqu'à la racine du trijumeau. Au microscope, tumeur sarcomateuse.

Auvray. — *Tumeur du cervelet* (Bull. Soc. anat., n° 4, mars 1895).

Homme de 36 ans, accusant, depuis une chute datant de 4 mois, de violentes douleurs de tête, de fréquentes envies de vomir et des hallucinations. Actuellement, hypéresthésie générale, diminution de la force musculaire, perte de l'équilibre. Mort de pneumonie. A l'autopsie, lésions tuberculeuses dans les poumons, et dans le cervelet tumeur, du volume d'une châtaigne, comprimée entre la face inférieure du vermis et le plancher du 4[e] ventricule; par l'examen microscopique, on reconnaît que c'est une tumeur des plexus choroïdes, constituée par des capillaires et par l'épithélium proliféré de ces plexus.

Bruns. — *Sarcomes secondaires de la moelle et des méninges. Laminectomie. Mort* (Soc. neur. Berlin, et Mercredi méd., 13 fév. 1895).

Observation de deux cas de sarcome secondaire des méninges, l'un chez une femme qui avait été opérée d'un sarcome cutané, et l'autre chez un homme qui avait subi la castration pour tumeur de même nature. Accidents de paralysie. Laminectomie dans les deux cas. Chez la première malade, on ne trouve aucune tumeur; mort 14 mois plus tard; la malade meurt de pneumonie; à l'autopsie, on constate un sarcome de la moelle. Dans le deuxième cas, il existait une tumeur de la dure-mère dorsale, avec intégrité de la moelle. Ablation et mort quelques heures après.

Appareil des sens spéciaux

Lagrange. — *Tumeur congénitale maligne de l'orbite* (Médecine mod., 11 mai 1895).

Cette tumeur remarquable par son extrême rareté et par sa structure histologique très particulière s'était développée pendant la vie intra-utérine ; à la naissance elle avait atteint le volume d'une poire de moyenne grosseur, remplissant complètement l'orbite distendu, n'ayant avec l'œil et le nerf optique que des rapports de voisinage et s'engageant dans le crâne par la fente sphénoïdale.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur à tissus multiples, formée de deux variétés d'éléments embryonnaires appartenant les uns au type conjonctif, les autres au type nerveux. Ces derniers éléments sont semblables à ceux qu'on trouve au début du développement de la moelle et du cerveau ; ils abondent dans la tumeur qui mérite de ce fait le nom de gliome, bien qu'elle ne ressemble en rien aux gliomes rétiniens qui ne sont en réalité que de purs sarcomes présentant dans leur structure de grandes différences qui ne permettent pas de reconnaître aux tumeurs rétiniennes une structure vraiment caractéristique.

Rogman. — *Un cas de carcinome du limbe conjonctival chez un enfant de 14 ans* (Ann. d'ocul., mars 1895).

Observation intéressante principalement à cause de l'âge du sujet. Quoique rares, les carcinomes de cette région dans les 30 premières années ont déjà été rencontrés par Dujardin, Panas, Keyser, Lagrange. L'auteur estime qu'il n'est pas toujours nécessaire, en pareil cas, de pratiquer l'énucléation. Il conseille l'extirpation de la tumeur suivie de cautérisation au thermocautère.

Kalt. — *Fibro-sarcome orbitaire* (Médecine mod., 11 mai 1895).

Jeune fille de 16 ans atteinte depuis 2 ans et demi d'une tumeur orbitaire à évolution très particulière. Au début la malade présentait sur la portion supéro-externe de la conjonctive bulbaire une plaque jaune rougeâtre qui s'étendait jusqu'au fornix supérieur. Peu à peu cette infiltration gagna l'orbite tout en paraissant s'étendre au point de départ. Au bout de 2 ans on sentait en arrière du globe une tumeur qui paraissait adhérer à la paroi orbitaire externe et englober le droit externe.

L'extension du contenu orbitaire montra qne le muscle droit externe était entouré par une épaisse enveloppe de tissu fibreux très dur qui s'étendait jusqu'à son extrémité postérieure et latéralement gagnait le droit externe.

Histologiquement on constatait que la masse principale était constituée par des cellules rondes et fusiformes et des vaisseaux à parois adultes ou embryonnaires. L'expansion de la tumeur dans les muscles et la glande lacrymale était uniquement embryonnaire.

Il résulte de cet examen que le sarcome a pris naissance dans la capsule de Ténon dans sa portion bulbaire pour gagner ensuite la cavité orbitaire. Comme beaucoup de sarcomes paraissent avoir une origine infectieuse externe, il était intéressant de constater que le point de départ a été ici le tissu sous-conjonctival, si exposé aux infections de tout genre.

Appareil de la digestion

Mikulicz. — *Cent trois opérations sur l'estomac* (XXIVe Congr. all. Chir. et Bulletin méd., 5 mai 1895).

Ces 103 opérations ont été pratiquées pour des affections diverses. 76 fois il s'est agi de cancer ; 16 de ces opérés sont morts à la suite de l'intervention. Pour les autres opérations on a, en moyenne, prolongé la vie de six mois, durant lesquels il y a eu un soulagement incontestable. L'opération est donc indiquée.

L. Montaz. — *Trente-cinq cas de chirurgie de l'estomac* (Dauphiné Méd., 1er janvier 1895).

Ces 35 opérations, faites sur des cancéreux, se décomposent en 6 gastrectomies (3 guérisons opératoires et 3 morts), 6 gastrostomies pour cancers du cardia (6 guérisons opératoires), 10 gastro-entérostomies (7 guérisons opératoires et 3 morts), 2 entérostomies (2 survies) et 11 laparotomies exploratrices sans mort immédiate. Au point de vue des indications opératoires la conduite de Montaz est la suivante :

Un malade est traité par un médecin compétent pour un cancer

de l'estomac : le régime, la thérapeutique ont échoué ; le patient perd ses forces et s'amaigrit. Il faut opérer. Le ventre est ouvert. Si la tumeur est petite et bien isolable, résection. La tumeur est grosse, adhérente, gastrostomie si elle siège vers le cardia ; gastro-entérostomie, si le cardia et un point de la surface sont intacts ; entérostomie, si l'envahissement gastrique est total et massif ; enfin, laparotomie seule, s'il y a des métastases.

Du Castel. — *Un cas de sarcome anal* (Ann. dermat. et syph., fév. 1895).

Ce cas de sarcome, observé sur une jeune fille de 15 ans, s'était présenté sous un aspect tel qu'on avait d'abord songé à un chancre syphilitique. L'ulcération qui occupait la marge de l'anus, était peu profonde, rouge et d'une étendue de six centimètres de longueur, sur trois de largeur ; sur la surface existaient quelques îlots recouverts d'épithélium ; en outre les bords de l'ulcération qui reposait sur une base indurée étaient festonnés, non taillés à pic, non décollés. Tuméfaction considérable et ligneuse des ganglions de la région inguinale droite. Pas de traces de syphilis héréditaire. Traitement ioduré. Deux mois plus tard, on constate que la surface de l'ulcération s'est en partie cicatrisée ; mais l'induration s'est étendue du côté de la grande lèvre. Un examen histologique d'un fragment de la lésion a montré que l'on avait affaire à un lympho-sarcome (sarcome alvéolaire ou carcinome réticulé de quelques auteurs).

H. Huchard. — *Cancer du pancréas* (Bulletin médical, n° 2, 6 janvier 1895).

Dans cette leçon Huchard expose tout d'abord le résumé de trois observations de malades atteints de cancer du pancréas. Le premier, âgé de 36 ans, avait présenté pendant quelques mois une diarrhée fétide et très abondante à la suite de laquelle étaient survenus de l'ictère, une anémie intense, des douleurs épigastriques et une tuméfaction, avec empâtement profond de la région de la vésicule biliaire. En quelques jours la cachexie s'accusait de plus en plus et se terminait par la mort. A l'autopsie, on a trouvé un cancer de la tête du pancréas ayant envahi le pylore.

Le second fait concernait un homme un peu plus âgé arrivé au dernier degré de la cachexie et portant une tumeur cancéreuse de la queue du pancréas. Dans le troisième cas il s'agissait d'un vieillard de 74 ans succombant rapidement à une attaque de coma ; l'autopsie révélait également la présence d'un carcinome siégeant dans la queue du pancréas.

Ces trois faits montrent que l'affection se présente avec des symptômes différents, qui ne sont que des symptômes d'emprunt. Il y a peu à compter sur la stéarrhée, la sialorrhée, la glycosurie et la perception d'une tumeur, car ce sont des symptômes inconstants. Plus fréquent est l'ictère, mais

non constant. Beaucoup plus importants sont la rapidité de l'amaigrissement et de la cachexie et l'existence de vives douleurs. A ce dernier point de vue il y a une forme particulière que l'on pourrait appeler forme douloureuse.

Blanc. — *Pièces relatives à une gastro-entérostomie pour cancer du pylore* (Loire méd., 15 mai 1895).

Ces pièces ont été recueillies sur un homme qui, 18 mois auparavant, avait subi la gastro-entérostomie pour un cancer du pylore. Pendant 15 mois le résultat fonctionnel avait été parfait, puis des symptômes de rétention biliaire sont survenus et le malade a succombé à la cachexie progressive ; à l'autopsie on a constaté que l'anastomose gastro-jejunale était souple, solide et perméable. Outre le cancer du pylore et du pancréas existait une masse néoplasique qui obstruait complètement le canal cholédoque et avait déterminé une rétention de la bile.

Krönlein. — *Angio-sarcome du pancréas* (XXIV[e] Cong. all. Chir. et Tribune méd., 15 mai 1895).

Femme de 63 ans : Tumeur volumineuse dure, bosselée et un peu mobile au-dessus de l'ombilic. État général mauvais. L'abdomen incisé, on trouve que la tumeur siège dans la tête du pancréas ; ablation difficile ayant nécessité la ligature d'une assez grosse artère. Péritonite ; mort. A l'autopsie, gangrène d'une portion du côlon transverse, par suite de la ligature de l'artère colique moyenne. La tumeur était un angio-sarcome, dont le point de départ se trouvait probablement dans les germes aberrants de la capsule surrénale.

Adam. — *Cancer du cæcum* (Tribune méd., 5 juin 1895).

Le sujet de cette observation est un homme de 53 ans, présentant depuis 6 mois quelques troubles digestifs et actuellement dans la fosse iliaque droite, une volumineuse tumeur, de consistance inégale et adhérente à la peau. Incision exploratrice; vaine tentative d'ablation ; création d'un anus artificiel. Mort 3 semaines plus tard. Épithélioma cylindrique développé aux dépens des glandes de la muqueuse du cæcum. L'auteur estime, d'après l'inconstance des symptômes fonctionnels, que le diagnostic doit être établi par le palper minutieux et précoce de l'abdomen.

Cartaz. — *Deux cas de lymphadénome des amygdales* (Bulletin méd., 8 mai 1895).

Ces deux lymphadénomes ont été observés sur deux malades âgés d'environ 60 ans ; ils avaient débuté par l'amygdale gauche et s'étaient rapidement étendus à l'autre amygdale. Dans les deux cas, il y avait

hypertrophie des ganglions du cou, de l'aisselle et de l'aine. L'un fut traité par l'arsenic à haute dose, ce qui amena la diminution des amygdales et une survie de 3 ans ; l'autre détermina des accidents de suffocation et amena rapidement la mort.

Bérard. — *Tumeur maligne du côlon ascendant.* (Province méd., 4 mai 1895).

Homme de 49 ans, chez lequel un anus contre nature cœcal est pratiqué d'urgence pour une tumeur maligne du côlon. Pendant 5 ans le malade peut continuer son métier de terrassier. En 1895, phénomènes d'obstruction et mort par intoxication.

A l'autopsie, on constata : une énorme dilatation de toute la partie du tube digestif (estomac et intestin grêle) située en amont au-dessus de la tumeur.

Celle-ci, siégeant immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, avait contracté des adhérences intimes avec les organes voisins ; avec l'extrémité inférieure du lobe droit du foie abaissé et qui la masquait en partie, mais surtout avec les portions sus et sous-jacentes de l'intestin ; le côlon ascendant, aplati par elle sur une longueur de 8 à 10 centimètres, était réduit, de même que tout le gros intestin, à un cordon de la grosseur du petit doigt. La terminaison de l'iléon, accolée de même au segment inféro-interne de la masse, était séparée du segment anal par des tissus néoplasiques et fibreux ne permettant pas de suivre leur raccordement ; après section longitudinale de leurs parois, on reconnut que l'iléon, aussi bien que le segment anal, étaient presque complètement oblitérés par des bourgeonnements cancéreux, ayant envahi leur lumière et la réduisant au calibre d'une sonde cannelée (explication de l'obstruction finale). Pas de prolapsus, pas d'éperon muqueux vers l'extérieur, raccordement parfait, avec apparence de sphincter due aux fibres du grand oblique, entre les parois intestinales et l'orifice cutané. Quelques noyaux de généralisation dans le foie. L'intérêt de cette observation réside dans la lenteur du développement de cette tumeur et dans les résultats heureux obtenus par la création de l'anus cœcal.

Veinleckner. — *Résultat du traitement d'un cancer du rectum.* (Soc. méd. Vienne et Bulletin méd., 15 mai 1895).

Présentation d'un sujet, opéré il y a quatre ans d'un cancer annulaire du rectum par la méthode de Kraske. Pas de récidive, mais prolapsus du rectum maintenu par une pelote.

A. Mathieu. — *Cancer de l'estomac chez un homme de 25 ans. Disparition des douleurs sous l'influence d'une laparotomie.* (Soc. Med. Hôp. et Bulletin Méd., 12 mai 1895).

Homme de 25 ans, ayant présenté trois ans auparavant les premiers symptômes d'un cancer de l'estomac. Actuellement amaigrissement et

vives douleurs abdominales. L'examen chimique du suc gastrique confirme le diagnostic. La laparotomie montre de petites nodosités d'aspect cancéreux disséminées sur le péritoine et sur la petite courbure de l'estomac ; un litre de liquide ascitique. Après l'intervention disparition des douleurs. Mort trois mois plus tard à la suite d'une diarrhée profuse. Relevons dans cette observation le jeune âge du sujet, l'évolution lente du cancer et la disparition complète des douleurs.

Veliaminov. — *Traitement du cancer du rectum* (Vratch, n° 5, 1895).

L'auteur cite une observation de cancer du rectum, qu'il a heureusement traité par la méthode d'Ivanov, qui consiste à combiner la colostomie avec la résection de la partie inférieure du rectum. Cette méthode, qui est indiquée dans les cas où le cancer est très étendu, offre les avantages suivants : la plaie opératoire est à l'abri de l'infection; l'opération peut être pratiquée très largement; l'anus artificiel permet aux fonctions intestinales d'être conservées dans une plus large mesure.

Deetjen. — *Cancer primitif du cholédoque* (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. LV).

Ce néoplasme a été observé sur un homme de 62 ans, qui, tout d'abord, ne présenta que de l'amaigrissement; au bout d'un mois apparut de l'ictère, qui augmenta progressivement d'intensité, et, dans les derniers jours (3 mois après le début), survinrent des hématémèses et du mélœna. Pas de tumeur appréciable; à l'autopsie, on a trouvé un carcinome du cholédoque qui obstruait la lumière du canal au niveau de son embouchure dans le duodénum.

J. Sacaze. — *Cancer hépatique avec glycosurie alimentaire* (Gaz. hebd. Paris, 19 janvier 1895).

Cette observation a trait à un homme de 46 ans, qui, à la suite de quelques troubles digestifs, fut pris de douleurs à l'épigastre, autour de l'ombilic et dans le flanc droit. Foie hypertrophié, présentant à sa face antéro-supérieure des saillies irrégulières et douloureuses. Quelques ganglions dans les aines et l'aisselle gauche. Rate normale. Urines moins abondantes, très ictériques; leur examen dénote de l'urobilinurie, de la diminution de l'urée et de la glycosurie. Pas d'autopsie.

Schonwerth. — *Gastrostomie pour cancer de l'œsophage* (Manch. Med. Woch., n° 19, et Gaz. hebd. Med., 8 juin 1895).

L'auteur rapporte onze observations de gastrostomie pour cancer de l'œsophage faites d'après le procédé de Fenger. La survie des opérés a été de 2 jours à 6 mois. Bouche stomacale continente chez 3, partiellement continente chez 5 ; dans 3 cas, écoulement continu des aliments et du suc gastrique. Schonwerth donne la préférence à l'opération en deux temps.

Ch. Lévi et Claude. — *Cancer colloïde du pylore. Résection stomacale. Récidive au bout de 8 mois. Généralisation au péritoine* (Bull. Soc. Anat., n° 11, mai 1895).

Cette observation concerne une femme de 51 ans, atteinte d'un cancer du pylore. Résection cylindrique de la partie cancéreuse. Pendant sept mois pas d'accidents, sauf quelques douleurs stomacales de temps en temps ; puis des symptômes de cancer du péritoine apparaissent et la malade meurt onze mois après l'opération. L'autopsie montre que le cancer (C. colloïde) a envahi tout le péritoine et les ovaires.

Duvivier. — *Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy pour cancer du pylore. Histologie du nouvel orifice* (Bull. soc. anat., n° 6, avril 1895).

Chez une femme portant un cancer du pylore et morte quarante-deux heures après une gastro-entérostomie, on a relevé les modifications suivantes dans la région comprimée par le bouton de Murphy. Du côté de l'estomac, la muqueuse disparaît à un millimètre et demi de cette région. La muscularis mucosœ se prolonge jusqu'à celle-ci ; mais à partir du point où finit la muqueuse elle s'hypertrophie et ses éléments sont granuleux et dégénèrent. Plus loin, muqueuse et sous-muqueuse ont disparu. La musculeuse est normale.

Du côté de l'intestin, toutes les couches sont conservées, les fibres musculaires paraissent en voie de dégénérescence. La muqueuse, épaissie en un point, contient des tubes glandulaires très nombreux et quelques vaisseaux à parois embryonnaires.

Cassaet et Chartres. — *Epithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre ; rapide généralisation* (Journ. de méd., Bordeaux, 17 fév. 1895).

Homme de 63 ans, fumant constamment la pipe, qui reposait toujours du même côté de la bouche, sur la lèvre inférieure. Au commencement de l'année 1894 apparaît, dans l'épaisseur de cette lèvre, une petite grosseur suspecte dont on fait l'ablation. Pas de récidive locale dans les mois suivants, mais le malade ne tarde pas à perdre ses forces et à maigrir, et les ganglions de la région cervicale droite et de toute la région sus-hyoïdienne deviennent durs, saillants et volumineux ; à cela s'ajoute de la gêne de la déglutition et de la parole. Pas de douleurs. Depuis un mois et demi les ganglions et les téguments se sont ulcérés.

Actuellement il existe une volumineuse tumeur ulcérée et sanieuse, qui occupe l'espace sus-sternal et les régions sus-claviculaire et latérale droite du cou et de la nuque. On note, en outre, l'engorgement des ganglions axillaires, sous-pectoraux, épitrochléens, inguinaux et des ganglions intra-thoraciques d'après les accidents de dyspnée, auxquels le malade succombe treize mois après le début de l'affection. L'autopsie montre que la généralisation s'est étendue aux poumons, au cœur, au foie, au rein gauche, à la rate et aux os du crâne et de la colonne vertébrale.

Schultz. — *La pyoctanine dans le traitement du cancer rectal* (Bull. méd., n° 24, 24 mars 1895).

Schultz recommande dans le cancer du rectum l'usage de suppositoires contenant chacun d'eux six centigrammes de pyoctanine associés à cinq milligrammes de poudre d'opium. Un chaque soir.

Appareil de la circulation

Girode. — *Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires* (Bull. méd., n° 8, 27 janvier 1895).

Girode rapporte à ce sujet les deux observations suivantes : l'une concerne une femme de 46 ans, atteinte de troubles gastriques, d'augmentation de volume du foie, de subictère, et portant un ganglion sus-claviculaire. Celui-ci enlevé est reconnu pour un ganglion tuberculeux, et quelques jours plus tard, la malade étant morte, on note des lésions de même nature dans les poumons et en outre une cirrhose hypertrophique.

Le deuxième cas est celui d'un vieillard offrant les symptômes ordinaires du cancer de l'estomac, vérifié à l'autopsie. Il existait en arrière de la clavicule un ganglion qui, en grossissant, avait provoqué de l'engourdissement et de l'œdème du membre supérieur gauche.

F. Lalesque. — *Évolution singulière d'une adénopathie sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer duodénal* (Mercredi méd., 13 février 1895).

Le point saillant de cette observation, recueillie sur une femme de 48 ans, atteinte de cancer du duodénum, est l'évolution d'une adénopathie sus-claviculaire gauche. On a constaté que deux ganglions avaient acquis leur summum de développement à une période où les accidents gastriques s'étaient exagérés ; puis, une amélioration étant survenue du côté de l'estomac, ces ganglions avaient diminué de volume et sont restés à peine appréciables pendant plusieurs mois, bien que l'état général ait empiré.

V. Laisney. — *Cancer du cœur chez un homme atteint de cancer du foie* (Bull. Soc. Anat., n° 10, mai 1895).

A l'autopsie d'un vieillard, mort à la suite d'une attaque d'aphasie et de paralysie du côté droit, l'auteur a trouvé un cancer primitif du foie avec noyaux secondaires dans le rein droit, le mésentère et le cœur. Dans ce dernier organe le noyau, du volume d'une grosse noisette, était situé dans la partie droite de l'oreillette, à un centimètre au-dessus de la valvule tricuspide. Ce noyau était formé par un amas de cellules épithéliales réunies dans des alvéoles fort lâches sous-endocardiques. Les fibres musculaires du cœur étaient dissociées et écrasées par des îlots épithéliomateux.

Appareil de la respiration

M. Labbé. — *Sarcome du corps thyroïde ; sarcome du poumon ; tuberculose pulmonaire* (Bull. Soc. Anat., n° 8, avril 1895).

Homme de 44 ans. Sur le côté droit du cou, grosse tumeur lobulée dure par places, molle par d'autres ; mobile transversalement, elle adhère au larynx et se prolonge dans le creux sus-claviculaire. Douleurs localisées et irradiées, toux quinteuse, aphonie, dyspnée, lésions cavitaires pulmonaires, amaigrissement. Énucléation facile de la tumeur ; mort 20 jours après l'intervention.

A l'autopsie on trouve dans les poumons des lésions tuberculeuses et des noyaux sarcomateux disséminés. Quant à la tumeur thyroïde, elle est formée de tissu sarcomateux. Cette observation est intéressante en raison de la rareté des sarcomes de la glande thyroïde et de la coexistence de ce néoplasme et de la tuberculose.

Jeannel. — *Epithélioma du larynx. Laryngectomie totale ; guérison ; résultat éloigné* (Arch. méd., Toulouse, 15 juin 1895).

Homme de 45 ans. Début de l'affection vers le mois d'août 1893 par de l'enrouement et de la gêne de la respiration à laquelle ont succédé, dans les derniers temps, des accès de suffocation. L'examen laryngoscopique révèle la présence d'une ulcération bourgeonnante à la base de l'aryténoïde droit. Immobilité des deux cordes vocales. Epaississement et induration de l'épiglotte. Pas d'adénopathie ; pas d'extension du néoplasme aux parties voisines. Les accès de suffocation nécessitent la trachéotomie, et huit jours plus tard, le 23 décembre 1893, on pratique ainsi, sous le chloroforme, la laryngectomie totale :

Incision cutanée sur la ligne médiane : au-dessus de la canule jusqu'à l'os hyoïde ou même un peu plus haut ; au-dessous, deux centimètres. Incision des couches musculaires sur la même ligne. Incision transversale supérieure formant un T jusqu'aux extrémités de l'os hyoïde. Dissection de tous les tissus mous enveloppant le larynx jusqu'au contact des cartilages. Dénudation complète du larynx et de la trachée ; celle-ci est isolée avec soin sur sa paroi postérieure, derrière laquelle on passe les ciseaux courbes. La trachée, saisie avec des pinces de Kocher au-dessous de l'incision de la trachéotomie, est sectionnée carrément, reprise avec les mêmes pinces et maintenue ouverte un peu en avant.

Son extrémité supérieure et à sa suite le larynx, sont décollés de l'œsophage de bas en haut jusqu'à l'os hyoïde qui est respecté. Tout l'appareil laryngien est ainsi seul supprimé. L'épiglotte et ses replis ont dû aussi être excisés, car on y trouve des noyaux néoplasiques. L'œsophage et le pharynx se trouvent par le fait de la suppression du larynx largement ouverts au-dessous de l'os hyoïde. Ils sont du reste sains. L'hémostase

provisoire par les pinces étant rendue définitive par des ligatures, la plaie œsophagienne est suturée au catgut ; points séparés dont la ligne décrit un T. Une sonde en caoutchouc rouge n° 22 est introduite au préalable par la narine droite et retenue par une épingle anglaise. Une suture à la soie fixe les bords de l'incision trachéale à la peau de l'angle inférieur de l'incision. Une suture au catgut réunit sur la ligne médiane les couches musculaires (points séparés). Un petit drain à la partie supérieure de la plaie est enfoncé derrière les couches musculaires au voisinage de la suture de l'œsophage, sutures de la peau au crin de Florence (points très écartés). Grosse canule dans la trachée. Pansement aseptique. Enveloppement ouaté du thorax.

Les suites immédiates ont été normales et l'opéré a pu retourner chez lui en parfait état, le vingt-troisième jour, avec sa canule.

Cet épithélioma, confirmé par l'histologie, était intra-laryngien ; il n'existait ni adénopathie, ni prolongement postérieur extra-laryngien.

Cet opéré a été revu seize mois après l'opération : il était en excellent état et il n'existait aucune trace de récidive. C'est là le principal intérêt de cette observation qui ne mentionne pas seulement un succès opératoire, mais encore un succès thérapeutique persistant plus d'une année après l'intervention.

Vergely. — *Enchondrome secondaire du poumon et du cœur* (Journ. méd. Bordeaux, 7 avril 1895).

Vergely rapporte un fait de généralisation de l'enchondrome au poumon et au cœur. Il l'a observé sur un sujet auquel on avait désarticulé la cuisse pour un enchondrome de l'extrémité inférieure du fémur. Les noyaux secondaires dans le poumon sont assez fréquents, mais dans le cœur ils sont plus rares, l'auteur n'ayant pu en recueillir que 31 cas.

Bérard. — *Épithélioma du larynx. Laryngectomie totale* (Province méd., 22 juin 1895).

Homme de 58 ans, présentant depuis quelques mois les symptômes d'un épithélioma du larynx. La trachéotomie est d'abord faite pour parer à des accès de suffocation, puis quelques jours plus tard on pratique la thyrotomie médiane et le raclage des bourgeons néoplasiques. Six mois plus tard retour des accidents qui nécessitent une nouvelle trachéotomie. Après examen laryngoscopique, l'ablation totale du néoplasme est décidée et le larynx est alors enlevé en deux moitiés. Suites immédiates bonnes. A l'examen de la pièce on constate que l'épithélioma est inséré surtout dans l'angle antérieur, à 1 cent. au-dessous de la glotte, et a envahi la face droite. Œdème chronique sus-glottique. Pas de lésions des cartilages.

Péan. — *Tumeur cancéreuse du larynx. Prothèse laryngo-pharyngée* (Bull. Acad. méd., 22 juin 1895).

Homme chez lequel le laryngoscope avait fait reconnaître l'existence d'un cancer occupant la moitié gauche du larynx. Après la section médiane de l'organe, on constate que le néoplasme l'a envahi en entier et qu'il s'est propagé aux parties latérales du pharynx et de l'œsophage. Toutes les parties malades sont enlevées. Canule trachéale à demeure et alimentation par la sonde œsophagienne. Guérison opératoire et mise en place d'un appareil permettant aux aliments de passer de la bouche dans l'œsophage et à l'air de passer des fosses nasales dans la trachée. L'opération a été faite le 29 novembre 1894, et l'observation communiquée le 22 janvier 1895.

P. Courmont. — *Enchondrome primitif du poumon* (Soc. méd. Lyon et Mercredi méd., 16 janvier 1895).

Cette tumeur a été recueillie à l'autopsie d'un homme atteint depuis 3 ans d'accès dyspnéiques asthmatiformes. Elle siégeait en plein parenchyme pulmonaire, était dure, de la grosseur d'une orange et formée d'un tissu d'apparence et de consistance osseuse. Pas de chondrome des autres organes.

Appareil de la sécrétion urinaire

Klein. — *Sarcome de la vessie chez un enfant* (Soc. méd. Vienne et Bulletin méd., 15 mai 1895).

Enfant atteint d'hématuries dont la première survint après un traumatisme abdominal ; à l'examen cystoscopique on constate un néoplasme pédiculé dont l'ablation est pratiquée par la taille hypogastrique. Ce néoplasme, de la grosseur d'une noix, était un sarcome.

Bérard. — *Gros encéphaloïde du rein* (Province méd., 4 mai 1895).

Homme ayant subi, il y a deux ans, un traumatisme de la région lombaire ; depuis cette époque nombreuses hématuries et perte des forces. Dans le flanc droit, grosse tumeur présentant les caractères des tumeurs rénales. Urines sanguinolentes. Pas de douleurs spontanées. Néphrectomie sous-capsulaire ; aucun incident ultérieur. Dès le 8e jour la quantité des urines revenait à son taux normal de 1400 à 1500 grammes et un mois après l'intervention il ne persistait au niveau de la plaie qu'une fistule peu profonde en voie de cicatrisation.

La dissection immédiate de la tumeur montre un gros encéphaloïde ayant débuté probablement dans la substance médullaire avec refoulement de la substance corticale qui a presque disparu en beaucoup de points, où elle se trouve réduite à une couche linéaire. Un prolongement ayant fait

effraction à l'intérieur du bassinet remplit presque complètement sa cavité distendue, et même se prolonge dans l'uretère dilaté, car la tranche de section du pédicule a porté dans son épaisseur. L'examen microscopique pratiqué au laboratoire de la clinique a confirmé le diagnostic d'épithéliome cylindrique.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est, dit Bérard :

1° La latence relative de l'évolution d'un si gros néoplasme traduit uniquement par des hématuries (fait signalé d'ailleurs. V. th. de Guilliet).

2° La supériorité nettement établie pour ces cas de la voie parapéritonéale sur la voie lombaire, qui n'aurait pas donné un jour suffisant, et sur la voie péritonéale beaucoup plus dangereuse (Poncet-Rivière, *Lyon médical*, 1893.

3° La guérison rapide, sans éventration ni menace de fistule persistante, l'absence de tout phénomène urinaire consécutif, malgré la présence dans l'uretère d'un long bourgeon néoplasique dont l'évolution sera à suivre.

Stroup.— *Carcinose primitive du rein et ulcère rond de l'estomac* (Prov. méd. de l'Est, 15 mars 1895).

Sur une femme, morte de broncho-pneumonie et qui avait présenté antérieurement des symptômes simulant le cancer de l'estomac, l'autopsie a montré qu'il existait un ulcère de l'estomac sur la face postérieure de l'organe et, de plus, un cancer du rein gauche, dont la cavité du bassinet était occupée par un calcul ramifié.

Ch. Lévy et H. Claude. — *Adéno-épithéliome hémorrhagique du rein droit ; néphrectomie partielle ; guérison.* (Bull. Soc. Anat., n° 4, mars 1895).

Cette tumeur a été rencontrée chez une femme de 44 ans, qui, depuis six semaines, avait de violentes douleurs abdominales et des mictions fréquentes. La laparotomie médiane n'ayant fait découvrir qu'un rein mobile, on suture la plaie abdominale et la région lombaire est incisée pour procéder à la néphrorraphie ; à l'examen du rein on trouve, près de son extrémité inféro-postérieure, une petite saillie dure, bosselée et tachetée de points noirs et blancs ; cette saillie, qui se prolongeait jusqu'au bassinet, est enlevée et la plaie rénale est suturée. Suites normales. Au microscope on constate les altérations caractéristiques de l'adéno-épithéliome, dont l'évolution a dû être la suivante : Dilatation des tubes, prolifération de l'épithéliome et, çà et là, tubes kystiques remplis de sang.

Nitze. — *Des tumeurs de la vessie et de leur ablation par les voies naturelles* (Soc. méd., Berlin et Bulletin méd., n° 22, 17 mars 1895).

Nitze a eu l'occasion d'observer, en quelques années, 85 cas de tumeurs de la vessie. Sur 52 examens de ces tumeurs il a rencontré 36 fois des

néoplasies bénignes et 32 fois il a constaté des tumeurs solitaires pédiculées. L'un des meilleurs symptômes de ces tumeurs est l'hémorrhagie, bien qu'elle ne soit pas pathognomonique. Nitze a fait 66 fois la taille hypogastrique et 31 fois il a enlevé ainsi des tumeurs avec une mortalité de 17 1/2 0/0. Dans 18 cas il a fait la suture complète de la vessie.

On peut procéder à l'ablation de ces tumeurs avec le cystoscope à opérations; on passe une anse autour du pédicule qui est sectionné et on cautérise avec une anse galvano-caustique. Il ne faut pas détruire toute l'épaisseur de la paroi vésicale ; d'ailleurs les tumeurs s'implantent, en général, à la base de la vessie, là où la paroi plus épaisse rend ce danger moins grand.

Ce procédé, bien entendu, n'est applicable qu'aux tumeurs bénignes. Il ne nécessite pas l'emploi du chloroforme, mais seulement une légère cocaïnisation. Nitze a pu enlever ainsi sans difficulté, par l'urètre, des tumeurs atteignant le volume d'un œuf de pigeon ; les masses qu'on est obligé de laisser dans la vessie, une fois détachées, sont enlevées ultérieurement à l'aide de pinces spéciales. L'écoulement du sang est généralement insignifiant, et, au bout de quelques jours, le malade peut être soumis à une nouvelle séance, jusqu'à ce que la tumeur soit totalement enlevée et son point d'implantation cautérisé. Les douleurs sont médiocres, surtout lorsqu'on fait la cautérisation avec l'anse chauffée au rouge blanc.

Nitze a pratiqué par cette méthode dix ablations de tumeurs vésicales (deux femmes et huit hommes), et il a pu les suivre pendant un temps variant de six à neuf mois. Une malade a succombé, non des suites de l'opération, mais de tuberculose avec hémoptysies. L'âge des patients a varié de vingt à soixante-quinze ans. Les neuf opérés survivants se portent bien ; deux seulement ont eu de fortes hémorragies pendant le traitement. Les tumeurs avaient un volume allant de celui d'une noisette à celui d'une pomme, et dans tous les cas le succès a été complet. Aussi le volume de la tumeur n'est-il pas une contre-indication du procédé.

L'ablation des tumeurs vésicales par les voies naturelles a, entre autres avantages, celui d'être plus volontiers acceptée par les malades que la taille hypogastrique. D'autre part, s'il se produisait des caillots qu'on ne puisse évacuer, on aurait toujours la ressource de recourir ensuite à la taille.

P. Haushalter. — *Epithélioma du rein gauche propagé à la veine cave inférieure par la veine rénale. Noyau secondaire dans le poumon droit. Néphrite parenchymateuse à droite chez un enfant de 9 ans.* (Revue méd. de l'Est, 1er mai 1895.)

Enfant de 9 ans présentant, depuis 2 ou 3 ans, de la diarrhée, de l'amaigrissement et une augmentation graduelle du ventre. Actuellement, œdème blanc des membres inférieurs; léger œdème des paupières et de la face; dilatation des veines de l'abdomen, qui est globuleux, souple et sonore partout, sauf dans le flanc gauche.

A ce niveau, tumeur profonde, dure et lisse, mesurant 11 centimètres en hauteur et 12 en largeur; limitée, en dedans, par un rebord mousse, elle se perd, en dehors, dans la région lombaire. Douleurs à la palpation et dans les mouvements. Diarrhée, vomissements, symptômes de bronchite. Urines albumineuses (15 gr. par litre), non sanguinolentes. Mort rapide.

Autopsie. — Le rein gauche est transformé en une volumineuse tumeur adhérente, en avant, au côlon descendant et pesant 1,200 grammes; sa circonférence transversale est de 31 centimètres, sa circonférence verticale de 40 centimètres. A sa partie inféro-interne se trouve un ganglion du volume d'un gros œuf. L'uretère est effacé par compression. A la coupe de la tumeur, la surface de section est sillonnée de tractus blancs fibreux circonscrivant des espaces d'où saillissent des masses blanchâtres, d'aspect lardacé. Artère rénale perdue dans le tissu de la tumeur.

Le rein droit, volumineux, mesure 14 cent. en hauteur et 13 en largeur; il offre l'aspect du gros rein blanc bigarré. Uretère perméable. Artère rénale gauche normale.

La veine cave inférieure, dans la portion correspondant à la région rénale, présente sur une longueur de 12 centimètres l'aspect d'une grosse masse boudinée, blanche, dans laquelle il est impossible, à première vue, de distinguer l'aspect d'une veine; cette masse présente une largeur de 4 centimètres; elle se trouve située à droite et un peu en avant de l'aorte; sur toute cette longueur, la veine cave est remplie de tissu néoplasique, qui, à la partie inférieure et supérieure, se termine brusquement sous forme d'un bourgeon arrondi, lisse; au-dessus et au-dessous du néoplasme intraveineux, la lumière du vaisseau, un peu élargie, est libre, et la paroi de la portion saine de la veine se continue sans transition avec celle qui renferme le tissu de néoformation.

La veine rénale droite, perméable et normale en sortant du rein droit, se dilate brusquement à 1 centim. environ de la veine cave; à ce niveau son calibre est envahi par un bourgeon néoplasique parti de la veine cave.

Quant à la veine rénale gauche, absolument méconnaissable à première vue, elle est représentée par une masse néoplasique de 2 centim. de large qui, partant de la tumeur rénale, la relie à la tumeur de la veine cave, en se confondant à sa partie inférieure avec la tumeur ganglionnaire.

Poumons congestionnés; pus dans les bronches; dans le poumon droit, au niveau de la languette externe du lobe supérieur, on trouve une masse blanchâtre, sous-pleurale, dure, lardacée, du volume d'un petit marron.

L'examen histologique a montré qu'il existait au sein de la tumeur, riche en cellules fusiformes, des foyers constitués par des tubes épithéliaux, plus ou moins nombreux; quelques-uns de ces foyers n'étaient composés que d'un très petit nombre de tubes. Le contour de ces foyers était sinueux, irrégulier; chacun d'eux était constitué par une réunion de figures, formée chacune par la disposition d'éléments cellulaires autour

d'une lumière centrale ; quelques-unes de ces figures, arrondies ou ovalaires, rappelaient l'apparence des *tubuli contorti* ; d'autres festonnées, policycliques, présentaient par places des dépressions, des éperons, ou dans leur lumière des amas cellulaires végétants, adhérents à la paroi ou détachés ; ces figures irrégulières semblaient constituées par la confluence de plusieurs tubes, ouverts les uns dans les autres.

Ces tubes étaient tapissés par des cellules cylindroïdes, allongées, disposées sur une ou deux couches.

Le néoplasme s'était propagé par la veine rénale gauche jusque dans la *veine cave*, dont la lumière était bourrée sur une partie de son étendue par du tissu cancéreux.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Pétouraud. — *Epithélioma du pénis* ; *ablation* (Province Méd., 8 juin 1895).

Homme de 68 ans, ayant subi antérieurement l'excision d'une papule dure, siégeant sur la face latérale du prépuce. Trois ans après récidive *in situ* sous forme d'une tumeur champignonnante, de la grosseur d'un œuf, développée aux dépens du prépuce et de la plus grande partie du fourreau. Deux petits ganglions inguinaux dans le pli inguinal gauche. État général mauvais. L'opération suivante est pratiquée :

Incision transversale en avant de la symphyse pubienne ; les deux cordons sont isolés, liés et sectionnés.

A trois centimètres de chaque extrémité de l'incision horizontale, on trace une autre incision oblique, allant rejoindre le périnée à trois centimètres en avant de l'anus. Ces deux incisions forment un V à pointe périnéale, et l'ensemble des incisions un triangle isocèle dont la base pubienne se prolonge à droite et à gauche. La verge et les testicules sont compris dans l'aire de ce triangle.

On isole les deux testicules et l'enveloppe scrotale sacrifiée, jusqu'à ce que toute la masse ne soit plus retenue que par la verge. On pratique alors une première section totale de la verge, au ras du pubis. On dissèque alors l'urèthre avec des ciseaux, et lorsque les corps caverneux sont bien isolés, on les détache à la rugine de leur insertion à la branche inférieure du pubis.

L'urèthre est alors fendu à sa partie inférieure sur une longueur de deux centimètres, et l'on pratique l'uréthrostomie périnéale en suturant à la peau du périnée l'extrémité libre du canal uréthral.

Six pinces à forcipressure placées sur le bulbe et enveloppées de gaze

iodoformée sont laissées à demeure et sont relevées en avant de la symphyse pubienne ; on rapproche alors les deux branches du V, qui viennent s'adosser et se suturer sur la ligne médiane. On fixe une sonde à demeure et l'opération se termine par la recherche et l'ablation des ganglions inguinaux. Guérison au bout d'un mois sans incontinence.

Heydenreich. — *Tumeur du testicule, du volume d'un melon* (Rev. Méd. Est, 1er mars 1895).

Homme de 66 ans, portant une volumineuse tumeur du testicule ayant évolué en dix ans. Une ponction donne issue à une énorme quantité de liquide verdâtre. Ablation. La tumeur est formée de nombreuses cavités kystiques, dont l'aspect fait penser à un épithélioma kystique du testicule.

M. Labbé. — *Cancer du testicule* (Bull. Soc. anat., n° 2, fév. 1895).

Homme de 36 ans. Traumatisme sur la région inguinale; peu après, augmentation douloureuse du volume des bourses. Du côté gauche, cordon épaissi, induré; testicule, du volume d'un œuf de dinde, douloureux, rénitent. Quelques ganglions dans les aines. Castration : à la coupe, le testicule, d'aspect lardacé, est ramolli par places. Histologiquement, l'examen des différentes parties de la tumeur montre qu'elle est formée de tissu carcinomateux et que le néoplasme semble, d'après les lésions diverses des canalicules, avoir pris son origine dans l'épithélium de ces canalicules.

2° Organes génitaux de la femme

Walther. — *Cancer colloïde du sein* (Presse Méd., 2 fév. 1895).

Ce fait a rapport à une femme de 43 ans, chez laquelle on enlève, en 1888, une tumeur du sein. Récidive deux ans plus tard et nouvelle ablation. En 1891, deuxième récidive sous forme de nombreuses petites tumeurs, arrondies, muriformes et translucides ; elles siègent, les unes autour de la cicatrice, mobiles sous la peau ; les autres dans le grand pectoral, dans l'aponévrose des intercostaux et dans les intercostaux eux-mêmes. Engorgement ganglionnaire. Ces tumeurs, examinées au microscope, paraissent être de l'épithélioma tubulé en dégénérescence colloïde très avancée. Walther fait ressortir les caractères particuliers de ces tumeurs différents de ceux du carcinome ordinaire : mobilité, indépendance des tissus environnants, aspect, couleur et translucidité des petites masses, disséminées et nettement isolées.

Horner. — *Statistique des résultats obtenus dans 172 ablations du sein pour tumeurs malignes.* (Bulletin méd., n° 4, 13 janvier 1895).

Sur 172 cas de tumeurs malignes du sein, amputées par Horner, on compte 158 cancers. L'opération par elle-même a donné 5,9 0/0 de décès. La survie des cas de guérison a été en moyenne de 18,8 mois plus longue

que pour les cas non opérés. Dans 17,7 0/0 il n'y avait pas de récidive après 3 ans.

Cette statistique comprend 14 cas de sarcome dont l'âge moyen est d'un peu plus de 39 ans. Treize de ces malades ont donné lieu à 17 interventions opératoires et sur ce nombre on compte 10 guérisons.

Ch. Faguet. — *Epithélioma dendritique du sein gauche*; *amputation*. (Médecine mod., 6 avril 1895).

Femme de 68 ans, présentant sous le mamelon et l'aréole trois petites tumeurs arrondies, accolées les unes aux autres et mobiles sous la peau; deux d'entre elles sont de consistance élastique, la troisième est fluctuante. La pression sur ces tumeurs produit un écoulement de sérosité roussâtre par le mamelon. Engorgement des ganglions de l'aisselle. Amputation du sein et curage de l'aisselle. A l'œil nu les tumeurs sont des kystes situés sur le trajet des conduits galactophores et communiquant avec eux; ils contiennent un liquide sanguinolent et renferment dans leur intérieur de nombreuses végétations.

L'examen histologique permet de voir que ces végétations présentent l'aspect de véritables arborisations très fines et sont constituées par du tissu conjonctif lâche, revêtu d'un épithélium à cellules cylindriques; de loin en loin quelques cellules épithéliales sont en dégénérescence muqueuse. Vaisseaux nombreux et remplis de globules rouges.

Les parois sont formées de tissu conjonctif lamelleux, revêtues sur leur face d'un épithélium cylindrique.

Dans les ganglions axillaires il a été possible de constater une infiltration néoplasique de même nature.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une variété de tumeur du sein décrite sous le nom d'*épithélioma dendritique* (Cornil).

Clarke. — *Sarcome du sein* (Soc. path. Lond. et Mercredi méd., 10 avril 1895).

Dans un cas de sarcome alvéolaire non ulcéré du sein la plupart des cellules contenaient des corpuscules intra-nucléaires qu'on ne trouve pas dans les noyaux des cellules normales. Ces corpuscules se sont colorés en jaune rougeâtre par l'hématoxiline éosine et en brun rouge par la méthode de Biondi. Ils paraissaient présenter des vacuoles ; la plupart avaient leur périphérie hérissée de petits prolongements raides se terminant par une petite masse arrondie. Quelques-uns des corpuscules intra-nucléaires étaient attachés par un pédicule à la membrane nucléaire. Plus on trouvait de ces corps intra-nucléaires, moins on trouvait de chromatine dans le noyau. Quelques-uns des plus gros corpuscules s'échappaient des noyaux et se répandaient dans le cytoplasme ou les espaces intra-cellulaires. Lorsque ces corpuscules étaient sortis du noyau, ils augmentaient de volume et généralement de la chromatine apparaissait à leur intérieur ; ainsi se constituait une série de formes passant insensiblement aux

cellules géantes avec figures mitosiques. Ces dernières cellules correspondent absolument aux corpuscules décrits dans l'épithélioma squameux et dans les sarcomes, comme étant des parasites, à cela près que ces corpuscules présentent deux particularités; en effet outre les formes de spores précédemment décrites on y peut rencontrer des zoospores ciliées et des embryons acinétiens. On rapporte généralement ces formes aux sporozoaires; on pourrait aussi justement les rapporter aux protophytes. Les psorospermies de l'uretère peuvent être rapportés aux protozoaires en raison de leur ectosarque, de leurs formes nucléaires et de leur mode de sporulation. En l'absence des caractères spéciaux qui auraient pu les faire rapporter aux protozoaires suceurs (masses ciliées de spores et formes d'acinétiens), on doit logiquement en faire des sporozoaires, ce qu'à confirmé depuis Kahlden. Dans le cancer et le sarcome, beaucoup des parasites ont des formes identiques à celles des psorospermies de l'uretère, il faut les considérer comme étant des protozoaires suceurs ; peut-être qu'après tout il ne s'agit pas là d'une modification très profonde; il est possible que les protozoaires suceurs ne soient qu'un terme de transition entre les sporozoaires et les ciliés. Il faut noter que les parasites de la variole et de la vaccine sont identiques à beaucoup de ceux trouvés dans ce cas de sarcome. La syphilis forme aussi un terme de transition entre les processus infectieux et les néoplasmes malins. Doehle a vu des flagellates dans le sang de sujets atteints de syphilis primaire, et Clarke a vu dans la syphilis des parasites semblables à ceux de la variole, du cancer et du sarcome.

F. Neugebauer. — *Sur un psammo-carcinome de la glande mammaire* (Arch. f. klin. chir. XLVIII, 1. et Semaine méd., 28 janvier 1895).

Femme de cinquante ans, opérée en mai 1893 à la clinique de Gratz pour une tumeur du sein gauche dont le début remontait à près de deux ans. La tumeur avait le volume des deux poings, était très dure, adhérente à la peau. Dans l'aisselle existait un paquet de ganglions très durs également, qui furent enlevés avec la tumeur principale.

A la coupe la tumeur principale avait l'aspect d'une masse dense. d'un blanc jaunâtre. Un réseau de fibres denses, résistantes, limitaient des espaces remplis d'une masse plus molle. Cette même structure existait dans les glandes lymphatiques. A l'examen microscopique on constate que la tumeur principale est un adéno-carcinome à forme acineuse. La charpente fortement développée de la tumeur est constituée par un tissu fibrillaire renfermant çà et là des fibres musculaires lisses ; entre les faisceaux épais de cette charpente se trouvent des amas arrondis de cellules cylindriques souvent disposés en grappes, et çà et là des restes de tubes et de vésicules glandulaires. Dans ces amas on observe de petits grains très réfringents, le plus souvent arrondis, plus rarement ovales. Les réactions micro-chimiques démontrent que ces grains sont constitués

principalement par du carbonate de chaux. Sous le microscope de polarisation ils présentent plus ou moins le phénomène de la double réfraction. Leur centre est formé par un noyau homogène, amorphe, autour duquel la masse principale est disposée en couches concentriques, homogènes également. Les grains ne sont pas tous entourés d'un manteau épithélial ; quelques-uns, en effet, isolés ou en groupes, remplissent une lacune de tissu conjonctif, mais on constate alors toujours dans leur voisinage des restes d'éléments épithéliaux. Les grains calcaires se forment au centre des amas épithéliaux et aux dépens de ces derniers : il s'agit d'un phénomène de dégénérescence. Dans les ganglions de l'aisselle enlevés, les grains sont plus nombreux et plus denses que dans la tumeur principale. Il est à noter que jusqu'ici le psammo-carcinome n'a été observé que dans l'ovaire et la glande mammaire.

Olshausen. — *Extirpation du vagin pour cancer* (Centrall. f. Epprœk. n° 1 et Gaz. hebd. Paris, 9 février 1895).

L'auteur propose, pour extirper radicalement le mal, le procédé suivant : On incise transversalement le périnée et on décolle du rectum la paroi postérieure du vagin (la plus fréquemment atteinte) jusqu'à la limite supérieure du néoplasme (cul-de-sac ou au-dessus). On fend la paroi postérieure et l'on excise tout ce qui est malade. Trois opérations ; deux récidives rapides.

Ch. Faguet. — *Tumeur mixte de l'ovaire droit. Kyste dermoïde et endothéliome.* (Journ. méd. Bordeaux, 10 mars 1895.

Femme de 60 ans. Depuis quelques mois, augmentation de volume du ventre et amaigrissement. Le 9 octobre 1894 une ponction donne issue à cinq litres et demi d'un liquide ascitique citrin, après l'évacuation duquel on perçoit une volumineuse tumeur. Huit jours plus tard on note la reproduction de l'ascite; toutefois l'examen sous le chloroforme permet de voir que la tumeur est en partie solide et en partie liquide; cette dernière portion est la plus volumineuse. Elle occupe l'hypogastre du côté droit, dépasse la ligne médiane, s'enfonce en bas profondément dans l'excavation pelvienne et remonte en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La matité est absolue sur toute l'étendue du néoplasme, qui possède un certain degré de mobilité latérale.

Le toucher vaginal, après cathétérisme de la vessie, permet de constater les signes suivants : rectocèle vaginale, col de l'utérus normal dans sa configuration, mais dévié du côté droit. Le corps de l'utérus est petit, mobile, indépendant de la tumeur, qui fait saillie dans les culs-de-sac antérieur, latéral droit et postérieur. A ce niveau, on perçoit une partie du néoplasme, dont la consistance est dure et la surface irrégulière, mamelonnée.

Le toucher rectal ne fournit aucune particularité.

Diagnostic. — Cysto-épithéliome de l'ovaire droit.

19 octobre 1894. — Ovariotomie. Issue d'une certaine quantité de liquide ascitique. Quelques adhérences lâches unissent la tumeur à l'épiploon. Ablation facile du néoplasme développé aux dépens de l'ovaire droit.

L'ovaire gauche, petit, scléro-kystique, est enlevé. Suture à trois étages de la paroi abdominale. Suites opératoires excellentes. Guérison.

Examen de la tumeur. — *Macroscopiquement*, le néoplasme est formé de deux portions : l'une kystique, de beaucoup la plus volumineuse; l'autre solide.

a. La *partie kystique* a le volume d'une tête de fœtus à terme; sa forme est régulièrement arrondie. Son contenu est constitué par un liquide de consistance sirupeuse, de coloration jaune sucre d'orge, renfermant des paillettes de cholestérine. On y trouve aussi une assez grande quantité de cheveux noirs, fins, agglutinés les uns aux autres et roulés en pelotons inextricables.

La face interne de la paroi kystique est lisse, régulière, et on y voit implantés des poils en assez grand nombre. L'épaisseur de cette paroi varie, suivant les points où on l'examine, de quelques millimètres à un centimètre.

b. La *portion solide*, située à la partie inférieure de la précédente, à laquelle elle est très intimement unie, a le volume d'une mandarine. Elle est friable, irrégulière à sa surface, de consistance assez molle.

Examen histologique.— *a. Portion dermoïde.* On retrouve dans la paroi tous les éléments que l'on rencontre ordinairement dans les parois des kystes dermoïdes : les diverses couches constitutives de l'épiderme et du derme, des poils avec leur follicule, des glandes sébacées très nettes, des glandes sudoripares rudimentaires, etc.

b. La *portion* exclusivement *solide* de la tumeur est formée par des faisceaux du tissu conjonctif fasciculé constituant une sorte de tissu réticulaire, dans les alvéoles duquel se trouvent en grand nombre des cellules épithéliales ou épithélioïdes, de forme et de volume variables, à noyau très apparent.

On rencontre, en outre, un grand nombre de fentes lymphatiques avec des cellules d'endothélium au milieu de la substance interstitielle de nature conjonctive.

Les vaisseaux sanguins qui existent dans cette zone n'ont pas de parois propres.

En résumé, il s'agit dans ce cas particulier d'une *tumeur mixte de l'ovaire droit : kyste dermoïde et endothéliome.*

Ce fait est un nouvel exemple de dégénérescence cancéreuse des kystes dermoïdes. Il rentre donc dans le groupe des exceptions à la règle générale, qui mentionne la bénignité ordinaire des kystes dermoïdes. Comme ces néoplasmes, tout exceptionnels qu'ils soient, évoluent à la façon des tumeurs malignes, il est indiqué, ainsi que le fait remarquer Faguet, de les opérer le plus tôt possible.

Pinard. — *Du Cancer de l'utérus pendant la grossesse.* (Bulletin Méd., 12 juin 1895).

Pinard discute, dans cette leçon, la conduite à tenir en présence d'une femme enceinte ayant un cancer utérin. Il estime que si l'utérus a dépassé, dans son développement, l'ombilic, on ne doit avoir recours ni à l'hystérectomie vaginale, ni à l'hystérectomie totale abdominale. Il faut attendre le terme de la grossesse et si la dilatation ne se fait pas d'elle-même, ce qui a lieu quelquefois, il faut intervenir en pratiquant l'opération de Porro. L'enfant est du moins sauvé.

R. Condamin. — *D'une forme particulière de Cancer utérin (Cancer diffluent à cellules musculaires lisses du type embryonnaire).* (Province Méd., 19 janv. 1895).

L'auteur a observé deux fois cette forme particulière de cancer de l'utérus. D'après ces faits, que nous reproduisons in extenso, et quelques autres cas analogues, cette modalité du cancer utérin aurait une évolution clinique particulière et répondrait à une structure histologique spéciale. Cette affection, écrit Condamin, surviendrait chez les femmes âgées, tout ou moins chez celles qui ont dépassé la ménopause. Elle se développerait surtout aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus sans envahir la cavité utérine et sans donner lieu à aucune hémorrhagie. En évoluant, la lésion déterminerait dans le cul-de-sac de Douglas une masse molle, rappelant assez bien, soit certaines collections torpides à contenu séro-purulent, soit plus exactement l'empâtement de l'hématocèle à fracas peu intense. Cette masse est constituée par du liquide sanguinolent et des fongosités, couleur de frai de poisson ; histologiquement c'est du cancer musculaire du type embryonnaire.

Obs. I. — E. D..., âgée de soixante ans.

Jusqu'à ces dernières années, a toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 16 ans. Ménopause à cinquante-cinq ans, 3 accouchements ; le dernier il y a trente-et-un ans. Depuis l'âge de vingt-et-un ans, la malade est porteur d'une hernie inguinale droite. Au mois de novembre 1892, la malade aurait eu quelques pertes sanguines, et de temps à autre quelques coliques qu'elle rattacha à sa hernie. Sa santé générale était parfaitement conservée. Ces petites hémorrhagies ont persisté quoique très faibles. Le 3 avril 1893, la malade a été prise de douleurs intolérables dans le ventre : les douleurs ont cessé depuis cette époque ; mais, en même temps, sa santé générale s'est altérée considérablement. Elle est devenue pâle, a maigri sensiblement ; elle s'aperçut aussi que son ventre avait augmenté sensiblement de volume. Depuis lors les douleurs ont persisté toujours plus ou moins violentes, l'obligeant à garder presque constamment le lit.

A son entrée à la Charité, on constate une tumeur volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, molle, fluctuante, remontant dans la partie droite de l'abdomen, presque jusqu'au niveau de l'ombilic. On pense, en raison de la nature des accidents, à une hématocèle.

La malade endormie, on fait une ponction du cul-de-sac postérieur par la méthode de Laroyenne.

On fit ensuite un large débridement au métrotome. Il s'écoula une certaine quantité de sang noirâtre, coagulé, avec des débris fongueux, couleur frai de poisson, s'effritant facilement. On traita la poche rétro-utérine comme s'il s'était agi d'une hématocèle. On enleva aussi une grande quantité de caillots et de ces grumeaux mollasses cités plus haut. Une éponge d'abord, puis des mèches de gaze iodoformée sont placées dans l'orifice de la ponction.

Immédiatement après l'opération, on constate que la tumeur abdominale a considérablement diminué.

Le 27 mai, la malade sort du service : elle souffre moins mais son affaiblissement général, non seulement persiste, mais encore a augmenté. La cachexie même semble évoluer rapidement. Mort 15 jours plus tard.

Au moment de l'opération, des fragments avaient été recueillis dans l'alcool et soumis à l'examen de MM. Bard et Paviot. Voici la note qui nous a été remise :

« La tumeur est constituée par des cellules fusiformes du type musculaire lisse, très embryonnaires, groupées en faisceaux parallèles, entremêlées perpendiculairement les uns avec les autres. Les cellules fusiformes, à noyaux volumineux, paraissent coupées tantôt en travers, tantôt en long. Il s'agit, en somme, d'après MM. Bard et Paviot, d'une tumeur maligne à fibre musculaire lisse. »

Obs. II. — B. G..., âgée de cinquante-quatre ans.

Réglée à treize ans, toujours régulièrement, a eu trois enfants. Pas de fausses couches Depuis deux ans environ, elle a vu péricliter son état général. Depuis cette époque aussi, elle présente des douleurs dans le bas-ventre avec irradiations aux membres inférieurs. Elles s'exaspèrent par la marche et l'effort. Quelques pertes blanches, aqueuses, nullement sanguinolentes.

En octobre 1893, elle fait un premier séjour à la Charité. On constate chez elle une collection rétro-utérine, remontant très haut et faisant nettement corps avec l'utérus; on pense à une suppuration rétro-utérine ou à une hématocèle, et on l'opère par la méthode de M. Laroyenne. Il s'écoule un peu de sang et de masses blanchâtres diffluentes, que l'on n'examine pas très soigneusement et qui sont prises pour de la fibrine. Traitement ultérieur habituel par les mèches de gaze iodoformée.

Depuis son opération, la malade a continué à souffrir. Son état général s'est sensiblement aggravé. L'amaigrissement est extrême et la perte des forces absolue. Cependant il n'existe pas de douleurs extrêmement vives.

Le 16 juin 1894, on constate de nouveau une collection rétro-utérine au même point que précédemment, mais peut-être un peu plus étendue.

Fluctuation assez manifeste.

Nouvelle ponction, nouveau débridement. Il s'écoule un peu du liquide séro-hématique, ainsi qu'une quantité notable de débris fongueux, mol-

lasses, blanchâtres, s'effritant facilement sous les doigts et ressemblant un peu à du frai de poisson. Quelques-uns de ces débris sont recueillis et mis dans l'alcool pour être examinés au microscope.

La malade ne fut pas améliorée par cette intervention : la cachexie s'accentua de plus en plus sans phénomènes douloureux et la malade mourut le 8 juillet 1894.

Autopsie. — Après l'ouverture de la cavité abdominale et le relèvement des intestins en haut, on tombe sur une masse englobant toute la partie rétro-utérine du bassin. Les parties avoisinantes de la fosse iliaque interne sont également envahies.

La cavité utérine est indemne, mais agrandie. On voit très bien que c'est aux dépens du corps utérin et de sa paroi postérieure que la néoplasie s'est développée et a rempli une partie de l'excavation pelvienne. Les uretères, qui ne paraissent pas comprimés, sont tout entiers dans ces masses molles, qui rappellent celles qui furent enlevées par la ponction.

Tous les organes du corps furent examinés et, nulle part, on ne trouva de traces de généralisation.

Quelques fragments sont conservés dans l'alcool pour être examinés au laboratoire d'anatomie pathologique et de la Faculté.

Examen histologique. Examen des fragments provenant de l'intervention et de l'autopsie. — Après les préparatifs d'usage, on constate sur les coupes qui furent soumises à l'examen de M. le Dr agrégé Bard, chef des travaux anatomo-pathologiques, qu'il s'agit d'une tumeur constituée par des fibres musculaires lisses. Ces fibres présentent toutes un noyau volumineux très visible, avec un ou deux nucléoles apparents. Leur fuseau de substance musculaire est très diminué de longueur.

Quel que soit le point de la préparation que l'on regarde, on constate que les noyaux sont très voisins les uns des autres et les fuseaux musculaires très courts. Par places, on voit de véritables nids de néoproduction où les fibres prennent un aspect tourbillonnant; ailleurs, au milieu des fibres musculaires encore très reconnaissables, on voit des îlots où les cellules musculaires n'ont plus de fuseaux apparents : leurs noyaux sont devenus ronds et, à la périphérie de ces îlots, on voit sensiblement la forme en fuseau reparaître.

Ces îlots, où la fibre musculaire est presque reconnaissable, semblent avoir, très fragiles, manqué de cohésion, si bien que leur centre, dans la préparation, est tombé.

Dans un autre fragment examiné, il y a une assez grande abondance d'hémorrhagie interstitielle.

En somme, il s'agit d'une tumeur maligne à fibres musculaires lisses et à caractère très embryonnaire.

W. Thorn. — *Sur le traitement opératoire des carcinomes volumineux de la partie postérieure du vagin* (Centralblatt für Gynækologie, 1895, n° 9, p. 240).

M. Thorn a opéré deux fois des cancers volumineux de la partie posté-

rieure du vagin par la voie périnéale; dans les deux cas, il y a eu récidive. Il reste convaincu qu'il n'y a pas de grands avantages à attendre de cette méthode périnéale, qui ne convient guère que pour les cas où la tumeur carcinomateuse est limitée aux tiers inférieur et moyen de la partie postérieure du vagin.

Quand la tumeur occupe le tiers supérieur de la partie postérieure du vagin, la méthode périnéale n'offre aucun avantage, alors même qu'on est appelé à intervenir à une époque où le tissu conjonctif avoisinant n'est pas encore envahi. Dans ces conditions, il est plus rationnel de diviser le périnée et le vagin du côté le plus malade et jusqu'à environ 3 centimètres du carcinome, et de détacher ensuite la tumeur en procédant d'arrière en avant.

Quand un carcinome du cul-de-sac postérieur a déjà envahi l'utérus, presque toujours l'extension se sera faite au tissu conjonctif du paramétrium. En ce cas, il est préférable d'aborder la tumeur par la voie sacrée. En détachant le sacrum, on se fraie suffisamment d'espace pour enlever la totalité des parties malades.

Martin. — *Tumeur énorme de la grande lèvre* (Normandie méd., 1er février 1895).

Femme de 67 ans, portant une tumeur de la grande lèvre, dont le début remonte à 5 ans. Cette tumeur, dont la grande lèvre forme le pédicule, est ovoïde, de consistance variable, non douloureuse et du volume des deux poings. Dans la région crurale droite, ganglion du volume d'un œuf de pigeon, et sur le bord interne du pied, petite plaque de sarcome mélanique. Ablation de la tumeur qui est de nature mixte, fibro-sarcomateuse.

A. Péron. — *Cancer latent du col de l'utérus. Envahissement des deux uretères* (Bull. Soc. anat., Janvier, n° 1).

Les particularités à relever dans ce fait, observé sur une femme, morte d'accidents urémiques, sont : L'existence d'un cancer de la partie moyenne du col de l'utérus resté latent et inappréciable au toucher et ayant envahi le bas fond de la vessie et comprimé les deux uretères ; l'évolution d'une atrophie rénale sous forme d'une néphrite chronique interstitielle ; la polyurie permanente et persistante jusqu'à la mort, malgré une atrophie rénale extrême ; un bruit de galop sans hypertrophie du cœur.

Remfry. — *Epithélioma de la vulve et kyste de l'ovaire chez une femme de 83 ans* (Soc. obst. Lond., et Bulletin Méd., 5 mai 1895).

Femme de 83 ans : Epithélioma de la vulve ; ablation. Deux mois plus tard, ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire ; guérison en trois semaines, ce qui porte à 10 le nombre de femmes ovariotomisées après la quatre-vingtième année.

Hartmann et **Toupet**. — *Un cas de sarcome chorio-cellulaire* (Ann. Gynéc. et obst., avril 1895).

Femme de 25 ans, atteinte de métrorrhagies depuis plusieurs mois. Un curettage donne issue à des débris placentaires. Retour des hémorrhagies ; l'utérus est volumineux et douloureux à la palpation abdominale. Hystérectomie décidée, mais hémorrhagie abondante et mort. A l'autopsie, on trouve dans l'intérieur de l'utérus, appendue à sa paroi postérieure, une masse rougeâtre qui se continue, à travers le muscle utérin, sous forme de deux prolongements, jusqu'à la face externe où se voient deux bosselures hémisphériques. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome chorio-cellulaire.

F.-A. Fafiousse. — *Traitement du cancer utérin par les injections d'acide salicylique* (Province méd, 18 mai 1895).

Fafiousse a employé avec succès, dans 7 cas de cancer utérin inopérable, les injections d'acide salicylique proposées en 1893 par Bernardt comme remède palliatif contre cette affection redoutable.

L'auteur s'est servi d'une solution d'acide salicylique à 6 pour 100 dans l'alcool à 60 degrés. Cette solution, abandonnée longtemps au repos, laisse déposer l'acide salicylique sous forme de cristaux : avant d'employer une solution semblable, on prendra soin de laisser séjourner le flacon pendant 5 minutes dans l'eau chaude. La solution sera conservée dans un endroit sombre.

Voici la technique des injections :

Les malades recevaient préalablement des injections vaginales antiseptiques répétées 2, 3 fois par jour ; une injection semblable précéda toujours l'injection d'acide salicylique. On injecte alors dans la portion vaginale du col, dans 5 à 6 points de la région atteinte, 1 à 4 centimètres cubes de la solution sus-indiquée, en ayant soin d'enfoncer l'aiguille de la seringue à 2/3 de centimètre de profondeur, suivant le lieu de la piqûre et la douleur qu'elle provoque (la seringue à employer est une seringue ordinaire de Pravaz, munie d'une aiguille fine et longue). On sèche alors la portion vaginale en la frictionnant avec des tampons d'ouate, on la saupoudre d'iodoforme et on tamponne le vagin avec 2 ou 3 tampons d'ouate imbibés d'un mélange de glycérine et d'iodoforme.

On portera les malades au lit où elles resteront pendant toute la journée sans faire de mouvements ; le soir (ou, en cas d'hémorrhagie abondante, le lendemain matin), on retirera les tampons, après quoi on fera un lavage vaginal.

Les premières injections sont ordinairement suivies d'hémorrhagies parfois assez profuses ; mais plus les injections sont fréquentes, et moins abondantes elles deviennent. Il faut surtout remarquer que les endroits soumis à des piqûres multiples ne donnent presque pas de sang.

Dans la plupart des cas, les injections sont douloureuses ; mais la

douleur disparaît très rapidement après l'injection. Pas de phénomènes secondaires fâcheux d'aucune sorte.

Les injections seront répétées plus ou moins souvent, suivant la gravité des cas et l'intensité des souffrances des malades.

Comme résultats de ces injections, on peut noter : cessation presque complète des métrorrhagies, disparition des flueurs blanches si caustiques et si fétides, diminution des douleurs, amélioration de l'état général et ralentissement de la marche de l'affection.

On voit donc que les injections salicylées sont supérieures à toutes les autres médications proposées contre le cancer inopérable. S'il est vrai que l'amélioration est, en partie, due aux conditions plus favorables dans lesquelles se trouvent les malades dès leur entrée à l'hôpital, en tout cas on ne peut pas nier que l'acide salicylique ne soit pour quelque chose dans le rétablissement plus prompt constaté dans les 7 cas traités par l'auteur.

Jennings. — *Crayon pour le traitement du cancer de l'utérus* (Rev. des Mal. des Femmes, mai 1895).

Ces crayons, dont voici la formule, sont préconisés par le docteur Jennings pour le traitement du cancer utérin. Tous les jours, on doit en introduire un dans la cavité du col de l'utérus, et on le maintient en place au moyen d'un tampon de coton que l'on fera bien d'enduire de glycérine.

Bleu de méthylène	0 gr. 25
Tannin	0 — 25
Opium pulvérisé	0 — 05
Huile d'olive.	15 gouttes.
Beurre de cacao	4 grammes.

M. et F. S. A. un crayon médicamenteux.

Généralités

I. — **J. Héricourt** et **Ch. Richet.** — *Traitement d'un cas de sarcome par la sérothérapie* (Bull. Acad. sciences, 29 avril 1895).

II — **Emmerich** et **Scholl.** — *Recherches cliniques sur la guérison du cancer par le sérum anticancéreux (sérum érysipélateux)* (Deutsch. Med. Woch., n° 17, 1895).

III. — **Fabre-Domergue.** — *Traitement sérothérapique du cancer et par les injections modificatrices en général.* (Soc. Biol. et Gaz. Méd., Paris, 25 mai 1895).

I. — On sait que maintenant, pour beaucoup de maladies et surtout pour la diphtérie, la sérothérapie est entrée dans la pratique médicale

avec de brillants résultats. Le fait que nous allons rapporter prouve que cette méthode peut s'appliquer non seulement aux maladies infectieuses dont le microbe virulent est connu, mais encore à des affections, comme le cancer, dont l'origine microbienne est encore problématique. Grâce à MM. P. Reclus et F. Terrier, qui nous ont apporté le précieux concours de leur collaboration, nous avons pu faire cette constatation de la manière suivante :

Le 9 février 1895, M. Reclus enlevait un ostéosarcome de la jambe. Cette tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau. Le liquide, filtré sur une toile fine, fut injecté à trois animaux (un âne et deux chiens). Cette injection ne fut suivie d'aucune réaction, et six, sept et douze jours après, nous prenions le sang de ces animaux pour en recueillir le sérum, lequel servit aux injections.

Voici l'observation (résumée) de la malade soumise par M. Terrier à ces injections :

Le 20 octobre 1894, M. Péraire voit Mme R..., qui est atteinte d'une tumeur de la paroi thoracique gauche, datant de huit mois. Cette tumeur, de la dimension d'une orange, ellipsoïde, à grand diamètre vertical, est étalée sur la paroi costale, adhérente aux 7e et 8e côtes. Pas d'envahissement des téguments. Pas d'antécédents, sinon des manifestations cutanées, très prurigineuses, pour lesquelles la malade a suivi un traitement à l'hôpital Saint-Louis (iodure de potassium ?). Le 23 octobre 1894, M. Péraire fait l'ablation de cette tumeur, adhérente aux côtes et mal circonscrite. Réunion par première intention. Fin novembre guérison.

BOSTON MEDICAL LIBRARY NOV 28 1910

L'examen micrographique, par M. H. Gaudier, montre que la tumeur a la structure des fibro-sarcomes; en quelques points, la structure serait globo-cellulaire avec tendance télangiectasique. Le 7 février 1895, on revoit Mme R... Il y a une récidive en avant de la cicatrice linéaire due à l'opération; c'est un noyau, mobile en partie, du volume d'une noisette. Le 7 mars 1895, Mme R... entre à l'hôpital Bichat. La tumeur a grossi : elle a atteint le volume d'une petite orange; d'aspect globuleux, aplatie contre le thorax auquel elle adhère à sa partie supérieure. Peau intacte, non adhérente. Pas de douleurs, pas d'engorgement des ganglions axillaires et inguinaux. Etat général assez bon, quoiqu'il y ait un amaigrissement notable. 9 gr. d'urée par litre.

Le 12 mars, première injection de 3 cc. de sérum (cette dose n'a pas été modifiée ultérieurement). Injections faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire. En tout quarante injections ont été pratiquées, soit 120 cc. de sérum : une par jour.

Le 15 mars, la région est douloureuse, la peau rouge. Les tissus œdémateux dissimulent les contours de la tumeur. Il y a des ganglions dans l'aine, et un gros ganglion dans l'aisselle correspondante.

Les jours suivants, même état. L'œdème se localise vers la partie déclive. A partir du 25 mars, la tumeur paraît diminuer et s'aplatir progressivement.

Actuellement le volume n'est plus que le tiers de ce qu'il était. Les contours sont effacés, difficiles à délimiter. C'est une masse aplatie, avec de petits noyaux indurés, disséminés çà et là. L'engorgement des ganglions inguinaux a disparu. Le ganglion axillaire est en voie de régression.

Les injections n'ont pas déterminé d'albuminurie ; parfois seulement des céphalalgies violentes, qui ont, le 8 avril, forcé d'abandonner le traitement pour quelque temps. A plusieurs reprises des rougeurs diffuses qui ont disparu très vite. L'état général s'est sensiblement amélioré, et le malade a engraissé d'une façon appréciable.

Ainsi, une tumeur reconnue cancéreuse par le microscope (récidive sur la cicatrice) a été non seulement améliorée, mais guérie par les injections de sérum, alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été impuissant.

Nous avons voulu publier ce fait, encore qu'il soit isolé; car il n'est pas permis d'attendre, quand il s'agit d'une maladie aussi redoutable que le cancer, à laquelle, pour la première fois, on peut espérer, sans trop de présomption, avoir trouvé un traitement quelquefois efficace.

Un malade de M. Reclus a été soumis au traitement sérothérapique. Le résultat a été des plus brillants ; mais il y a peut-être des réserves à faire sur le diagnostic. Voici en résumé cette observation :

N..., 44 ans, entre à la Pitié, le 27 mars 1895, pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, nettement perceptible par la palpation, dure, irrégulière, peu mobile, ayant le volume d'une grosse orange. Teint jaune, cachectique. Amaigrissement général, progressif. Douleurs épigastriques très vives. Vomissements rebelles à tout traitement depuis six mois; mais ni hématémèse, ni melœna. Le diagnostic, porté sans hésitation par M. Reclus d'une part, et d'autre part par tous les candidats au Bureau central qui ont examiné cette malade, est : cancer de l'estomac.

Le pronostic est assez grave pour qu'on recule devant une intervention chirurgicale. Le 6 avril, première injection de sérum (4 cc.) et, à partir de ce jour jusqu'au 25 avril, on injecte la dose totale de 64 cc. Prompte amélioration de l'état général. Le 10 avril, poids de 57 kilog. Le 16 avril, 58 kilog. Le 23 avril, 60 kilog. Dès le 10 avril la tumeur diminue de volume, et la diminution est telle que, le 20 avril, elle ne peut plus être sentie comme tumeur isolée, saillante. On constate cependant, à la région épigastrique (le 27 avril), un plan résistant, empâtement profond, difficile à limiter, alors que la tumeur globuleuse du début a complètement disparu.

Ce malade de M. Reclus et la malade de M. Terrier sont les deux seuls individus ayant été soumis à la médication sérothérapique d'une manière méthodique.

II. — Partant de ce fait, observé en ces derniers temps par des auteurs français, anglais, allemands, qu'un certain nombre de cas de cancers et de carcinomes ont été rapidement modifiés, parfois même guéris, *sous*

l'influence d'un érysipèle intercurrent, Emmerich et Scholl ont entrepris, en ce sens, des recherches dont les résultats ne sont pas sans intérêt.

Felheisen et Neisser avaient tenté d'inoculer aux cancéreux des cultures pures de *coccus érysipélateux*; ils avaient obtenu des résultats encourageants, mais la méthode était dangereuse et avait même causé une fois la mort.

William B. Coley injecta, comme nous l'allons voir, dans des cas de cancers et de sarcomes, ces mêmes cultures, mais après chauffage à 110° ou filtration, et constata de bons résultats; il obtint des effets encore plus évidents, surtout pour le sarcome, en employant des cultures dont la virulence avait été exaltée par la présence du *bacillus prodigiosus* comme commensal. Mais la présence de toxines de ces divers microbes provoqua des symptômes secondaires dangereux.

Avec le sérum de Emmerich et Scholl, l'on ne voit pas se produire les mêmes effets. L'injection provoque un gonflement érysipélatoïde, mais peu ou pas de fièvre, ni de douleurs. Le sérum paraît contenir le principe curatif et non les principes toxiques.

Les premières recherches, faites sur les animaux en 1886, par Emmerich, ont montré que l'érysipèle ne guérit pas seulement le cancer, mais encore le charbon; et que ce n'est pas le *coccus érysipélateux* lui-même, mais les modifications qu'il apporte au sang qui détruisent la bactéridie charbonneuse. De là le principe de sérumthérapie que Behring et Kitasato ont développé depuis.

Il restait à examiner si, pour le cancer, c'était aussi non le *coccus* lui-même, mais les modifications qu'il provoque dans le sang qui détruisent les parasites cancéreux. Pour expérimenter ce sérum sur l'homme, Emmerich et Scholl ont employé le sérum de mouton, de préférence à tout autre. La préparation de ce sérum anticancéreux, assez délicate, demande beaucoup de précautions; certaines races de moutons doivent être choisies de préférence. Le mouton est d'abord infecté par une culture d'érysipèle, puis saigné. Son sang, recueilli dans des vases stérilisés, est, au bout d'un certain temps, filtré au filtre Chamberland ou d'Arsonval. Ainsi stérilisé à froid, on le met dans des flacons de 10 centimètres cubes, que l'on garde à l'abri de la lumière et des changements de température.

Ce sérum a été employé, depuis six mois, au traitement d'un certain nombre de cancers et de sarcomes. Il n'a été sans effet que dans deux cas, dans lesquels il existait déjà une infection cancéreuse secondaire et une destruction étendue et purulente des tissus, accidents que l'on pourrait, à l'avenir, prévenir par un traitement plus précoce.

Après avoir donné la relation de 7 observations, les auteurs font suivre ces faits des réflexions suivantes :

Le sérum agit-il, en réalité, sur le cancer ? Est-ce un spécifique pour tous les cancers ou seulement pour certaines formes ? A quelles doses et avec quels intervalles de temps faut-il pratiquer les injections ? Y a-t-il des inconvénients ou des dangers à ce traitement ?

Les faits précédents répondent à la première de ces questions, et les expériences de Coley semblent montrer que le sarcome est encore mieux influencé que le cancer vrai.

La forme du cancer paraît avoir moins d'importance que son âge. D'après Coley, cependant, les sarcomes fusiformes ou mixtes sont les plus favorables, tandis que ceux à cellules rondes et les ostéo-sarcomes ne sont que peu ou pas influencés.

Pour les petites tumeurs la dose employée peut être chaque jour de 1 à 4 centimètres cubes ; pour les grosses on peut injecter sans crainte, en divers points, jusqu'à 25 centimètres cubes.

Jusqu'à la dose de 5 centimètres cubes, les injections ne sont pas douloureuses ; les injections plus considérables, surtout dans les tumeurs dures, provoquent des douleurs qui persistent quelques heures. En général, il n'y a pas de fièvre, et quand elle s'est montrée, elle n'a été que passagère et n'a jamais atteint 39°. Les malades n'ont jamais accusé aucune céphalalgie et aucune diminution de l'appétit. L'état général s'est, au contraire, amélioré.

Localement, même à la suite des injections à doses faibles, on voit se produire un pseudo-érysipèle, un érysipèle aseptique, consistant en une tuméfaction plus ou moins marquée et accompagnée d'un peu de rougeur. Ce pseudo-érysipèle ne s'étend pas et disparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Plus il est accentué, meilleurs sont les effets.

Le traitement par le sérum ne doit pas faire renoncer au traitement chirurgical qui reste le meilleur moyen de débarrasser l'économie d'un néoplasme. Il est appelé à compléter l'opération et à assurer ses effets en mettant le malade à l'abri de la récidive, en détruisant les foyers inaperçus et le parasite en voie de dissémination. La chirurgie et la médecine se prêteront ainsi un mutuel appui.

Ce nouveau traitement n'en est qu'à ses débuts. Il faut chercher à augmenter l'activité du sérum, étudier ses meilleurs modes d'emploi, et en isoler le principe actif pour pouvoir le doser.

Emmerich et Scholl terminent leur communication en annonçant que, dans quelques semaines, ils espèrent pouvoir produire le sérum anticancéreux en grandes quantités.

III. — Il est aujourd'hui démontré : 1° que le sérum du sang des animaux infectés par certaines formes microbiennes contiennent un principe actif particulier ; 2° que ce principe actif inoculé à l'homme lui confère l'immunité vis-à-vis d'espèces microbiennes habituellement pathogènes. Tel est le point de départ, expérimentalement justifié, de la sérothérapie. Ce mode de traitement est donc rationnellement applicable aux maladies d'origine bactérienne. Autant cependant il semble nécessaire d'en utiliser les applications toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une affection présentant les caractères de cette étiologie, c'est-à-dire la contagiosité, sinon la transmissibilité par l'inoculation de l'agent pathogène isolé en cultures pures, autant il paraît illogique de l'appliquer

empiriquement au traitement de tous les maux. C'est précisément ce que l'on est en train de faire pour les cancers.

Les expériences tentées dans cette voie n'ont pour base qu'un rapprochement illégitime des affections microbiennes d'une part, et des néoplasies cancéreuses d'autre part.

Les résultats annoncés prématurément comme des guérisons n'ont, au point de vue de leur nombre, de leur durée, de leur interprétation, qu'une portée analogue à ceux que l'on a successivement enregistrés après les autres injections modificatrices préconisées comme curatives des cancers. Tous rentrent dans une même catégorie de phénomènes et trouvent leur véritable interprétation dans la connaissance de la structure histologique de ces affections.

Rien n'est moins démontré que la nature, je ne dirai pas microbienne, mais parasitaire des cancers. A défaut de démonstration effective, ils ne possèdent même pas la contagiosité qui permet pour certaines autres affections, comme la rage, la syphilis, dont on ignore l'agent pathogène, d'en conclure à l'entrée dans l'organisme d'un corps chimique ou figuré venu du dehors et déterminant la maladie. L'on ne peut, en effet, considérer comme une contagion les cas de transmission de cancers par la greffe expérimentale ou accidentelle de tissus néoplasiques en pleine vitalité. Par conséquent la voie suivie par des expérimentateurs qui appliquent au traitement des néoplasmes le principe de la sérothérapie est purement empirique. Et rien ne fait mieux ressortir le caractère de ces tentatives que la comparaison des procédés employés par leurs préconisateurs.

Richet et Héricourt se servent de sérum sanguin d'un âne inoculé avec du suc d'ostéosarcome, et obtiennent indifféremment la guérison (?) d'un fibro-sarcome et d'une tumeur indéterminée de l'estomac.

Emmerich et Scholl guérissent des cancers récidivés du sein et un sarcome de l'épaule par du sérum sanguin de mouton, inoculé au moyen de cultures d'érysipélocoques.

Enfin Coley observe des résultats aussi favorables pour les carcinomes et les sarcomes indifféremment, après injection de cultures d'érysipélocoques chauffées à 100° et parfois additionnées de toxines du *bacillus prodigiosus*.

Il ne saurait être question ici, cela va sans dire, de l'objectivité des phénomènes constatés de très bonne foi par les observateurs que je viens de citer, mais de leur interprétation. Or, ces phénomènes me paraissent présenter le même sens que ceux dont on a pu, de longue date, constater la fugacité : je veux parler des effets produits par les injections locales modificatrices en général.

Les tumeurs sont constituées par un tissu adulte ou embryonnaire, vivant, susceptible par conséquent de subir, sous l'influence de certains agents, tout comme le tissu normal qui les environne, des phénomènes de

désorganisation et de régression. De plus, dans presque toutes ces formations, l'élément conjonctif migrateur tient une place importante.

Or, les injections modificatrices agissent sur l'ensemble de la masse néoplasique de façons différentes, selon leurs propriétés toxiques et probablement chimiotoxiques. Injecte-t-on, dans une tumeur, de l'huile phosphorée, comme l'a fait récemment Nepveu, de l'acide picrique (Morau) ou tout autre poison cellulaire, les éléments touchés par le réactif périssent immédiatement, en même temps que celui-ci, se combinant avec les albuminoïdes des tissus, forme avec eux des combinaisons insolubles et, par conséquent, inertes. Les tissus ainsi frappés de nécrose aseptique ne tardent pas à être résorbés par les éléments mobiles du tissu conjonctif, et le volume de la tumeur diminue proportionnellement. Dans ce premier cas, l'injection modificatrice agit à la façon d'un simple caustique. Son efficacité est limitée par le fait que, jamais, son action ne s'étend à tous les éléments constitutifs de la tumeur.

Plus décevantes encore sont les injections de substances qui n'interviennent que par leur action chimiotoxique sur les leucocytes. L'on sait, par les expériences de Massart et Bordet, de Metchnikoff, que les toxines microbiennes présentent au plus haut point ce pouvoir. L'on sait aussi que la chimiotoxie peut être positive ou négative (Pfeffer, Massart et Bordet).

Or, l'observation microscopique nous démontre que toute tumeur contient, en proportions variables, une masse leucocytaire dont le volume peut osciller dans de larges limites sans que, pour cela, le tissu néoplasique proprement dit subisse des fluctuations parallèles. C'est sur cet élément migrateur que l'injection modificatrice exerce son action chimiotoxique, et l'on conçoit que dans certains cas particulièrement propices, cette chimiotoxie négative puisse être assez considérable pour amener une diminution temporaire et très notable de la masse totale d'une tumeur.

Par conséquent, régression vraie par destruction partielle et incomplète du tissu néoplasique, régression apparente par raréfaction des éléments conjonctifs migrateurs, parfois production simultanée de ces deux effets : tels sont les phénomènes qui viennent en imposer pour une guérison et qui permettent, en tous cas, d'expliquer à la fois les succès temporaires observés à la suite des injections de substances chimiques les plus dissemblables, l'unité des résultats signalés malgré la diversité de ces substances, et enfin la réserve avec laquelle doivent être accueillies de nouvelles expériences tentées dans le même ordre d'idée.

S. Duplay et **Savoire.** — *Recherches sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux* (Acad. des sc. et Bull. méd., 19 juin 1895).

Des recherches faites sur la nutrition des cancéreux ont amené S. Duplay et Savoire à présenter la note suivante :

On a attribué une certaine importance aux variétés qui peuvent être

observées dans la sécrétion rénale chez les malades atteints d'affections cancéreuses, et l'on a cru trouver un élément de diagnostic dans la diminution du taux quotidien de l'urée et des phosphates qui a été considérée comme constante dans le cancer.

Nous avons encore entrepris sur ce sujet des recherches dont les résultats nous ont conduits à une interprétation des faits toute différente de celle qui en avait été donnée.

En variant le régime des malades, nous avons pu nous convaincre de la façon la plus nette que, pour l'urée en particulier, la diminution signalée chez les cancéreux dépend uniquement du régime auquel on les soumet, et que, sous l'influence d'un changement de régime assurant l'alimentation d'une manière suffisante, le taux de l'urée ne s'éloigne pas sensiblement du chiffre normal.

Il en est de même pour la phosphaturie, dont la diminution n'est pas aussi constante qu'on l'a prétendu, et dont les variations sont également liées au régime alimentaire.

Nous n'insisterons pas sur la chlorurie, à laquelle on a attaché moins d'importance, au point de vue des variations qu'elle peut présenter chez les cancéreux.

Nos recherches ont porté sur quinze cancéreux, dont la plupart étaient dans un état de cachexie très avancé, et nos analyses ont été généralement faites, pour chacun d'eux, pendant dix jours consécutifs.

D'après la moyenne de nos observations, le taux quotidien de l'urée n'a pas été inférieur à 21 gr. 14, et nous avons pu voir des cancéreux, deux mois avant leur mort, excréter encore 23 gr. et 28 gr. d'urée, sous l'influence du régime lacté, qui suffit à assurer l'alimentation des malades, alors que, laissés au régime ordinaire, dont ils ne peuvent pas profiter le plus souvent, ils donnaient un taux d'urée qui se rapproche de celui (12 gr.) que M. Rommelaere considère, à tort suivant nous, comme directement en rapport avec l'affection cancéreuse.

Chaque fois que, chez nos malades, nous avons constaté un abaissement du chiffre de l'urée excrétée dans les vingt-quatre heures, cet abaissement a coïncidé avec une alimentation insuffisante, le malade étant soumis au régime ordinaire de l'hôpital, mal supporté par lui ; mais, dès que l'on assurait l'alimentation par le régime lacté, le taux normal de l'urée était de nouveau atteint.

Chez deux malades seulement, nous avons observé une hypo-azoturie persistante et tous deux ne s'alimentaient plus et ne pouvaient même pas supporter le régime lacté.

Chez les treize autres malades, le taux moyen de l'urée s'est montré normal ou a même dépassé le chiffre normal adopté par les auteurs français (18 à 20 gr.), car il a varié de 18 gr. à 20 gr., 21 gr., 22 gr., 23 gr. et même 26 gr.

Pour la phosphaturie, l'influence du régime n'est pas moins manifeste, et, d'après nos observations, l'hypophosphaturie ne constitue pas plus

que l'hypo-azoturie, chez les cancéreux, un signe assez constant pour servir d'élément de diagnostic.

IV. — **Bruns, Petersen, Angerer,** etc. — *De la sérothérapie dans le cancer* (Deut. med. Woch., et Tribune médicale, mai-juin 1895).

La conclusion qui découle d'un travail de Bruns est très simple. Il a essayé le sérum qui lui a été fourni par Emmerich, dans six cas de cancer avéré, sans obtenir le moindre effet thérapeutique, la plus légère diminution du volume de la tumeur.

Par contre, il a observé, à la suite de ces injections, de la dyspnée, de la cyanose, une élévation vive de la température, un affaiblissement du cœur, des vomissements; dans un cas, il y eut même de l'albuminurie avec cylindres dans l'urine.

Bruns ajoute que son but n'est pas de discréditer le sérum, mais d'attirer seulement l'attention sur les dangers auxquels expose la sérothérapie streptococcique dans le cancer. Malgré ces réserves, le fait de l'inefficacité du sérum n'en reste pas moins acquis, et l'échec constaté très impartialement par Bruns est plus grave pour la sérothérapie que la critique théorique la plus fondée en apparence.

Le travail de Petersen est une critique violente du travail d'Emmerich, critique des observations, critique de la méthode, critique des citations qui, d'après Petersen, ne seraient pas exactes. L'article est d'une telle violence qu'en le résumant nous laisserons la parole (et la responsabilité) à Petersen.

MM. Emmerich et Scholl ont publié un travail en disant avoir obtenu la guérison de six cas de carcinome par les injections de sérum antistreptococcique. Or, dit M. Petersen, il suffit de lire les observations pour voir que sur les six cas un est caractérisé comme désespéré; un autre est parti avant d'être guéri; trois sont encore en traitement; le sixième semble enfin avoir retiré un bénéfice du traitement depuis les quatre mois qu'il est en observation.

Le bilan, ajoute M. Petersen, n'est donc pas brillant, et on est loin déjà des six guérisons annoncées.

Pourquoi et pour quelles raisons, demande ensuite M. Petersen, Emmerich et Scholl considèrent-ils comme des phénomènes curatifs tous les symptômes qui, à la suite des injections, se passent du côté des tumeurs? Le temps de la tuberculine n'est déjà pas si loin pour avoir oublié qu'avec cette substance on avait aussi des diminutions des tumeurs tuberculeuses sans que pour cela les malades aient guéri. Sous l'influence de la tuberculine, on voyait même des poussées nouvelles de tuberculoses, et justement dans l'une des observations de MM. Emmerich et Scholl il y eut formation de nouvelles nodosités pendant que le malade était en traitement!

Ensuite, MM. Emmerich et Scholl considèrent la diminution de l'adénopathie correspondante comme un signe certain de la guérison du cancer.

Mais cette adénopathie était-elle spécifique, cancéreuse ? demande M. Petersen. On n'en sait rien, mais ce qu'on sait, c'est que les cancers ulcérés s'accompagnent d'adénopathies banales qui augmentent et diminuent sous l'influence de causes variées. Il en a peut-être été de même dans les cas de MM. Emmerich et Scholl.

Ces auteurs, continue M. Petersen, justifient leurs tentatives en invoquant les cures de cancer obtenues à l'aide des inoculations érysipélateuses par Busch, Fehleisen, Neisser, Coley et autres. *Or, si l'on va aux sources, on trouve que les citations ne sont pas exactes.*

Ainsi Fehleisen a traité par les inoculations érysipélateuses trois cas de récidive de carcinomes du rein. Dans le premier il n'y eut aucune modification de la tumeur ; chez la seconde malade la tumeur diminua de moitié ; chez la troisième la tumeur fut réduite aux dimensions d'une noisette. *Mais Fehleisen ne dit rien sur le sort ultérieur de ses malades.*

Le cas de Neisser se réduit à ceci. Un cas de carcinone inopérable du rein par les inoculations érysipélateuses. La tumeur se ramollit, et, à l'examen d'une parcelle excisée, on trouve, *par places*, une nécrose et même une disparition des cellules cancéreuses. Neisser en conclut, théoriquement, que le cancer pouvait guérir par l'érysipèle. *La malade succomba pourtant quelques jours après l'inoculation.*

Les cas de Busch, Biedert et Bruns, cités par Emmerich et Scholl, n'étaient pas des carcinomes, mais des sarcomes. Du reste, dans une revue critique datant de 1888, *Bruns déclarait ne pas connaître un seul cas de guérison du carcinome par l'érysipèle !*

Enfin, pour ce qui est du travail de M. Coley, que MM. Emmerich et Scholl invoquaient d'une façon toute particulière, le médecin américain dit très nettement avoir observé, dans les carcinomes, des améliorations, mais jamais de guérisons (in the cases of carcinoma I had marked improvement in a number of cases, but no cures) !

Angerer, dans le service duquel Emmerich a fait ses essais avec le sérum anticancéreux, se croit moralement obligé de revenir sur certains faits avancés par M. Emmerich.

Tout d'abord, Emmerich ne mentionne pas dans son mémoire trois malades chez lesquels le sérum a échoué. Dans deux cas il s'agissait de carcinomes du sein. Les injections n'eurent aucune action sur le néoplasme et l'examen histologique du néoplasme, fait après l'opération, montra l'absence de toute modification de la tumeur sous l'influence des injections.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un sarcome de la parotide. Les injections eurent pour résultat de provoquer un érysipèle grave avec une température de 40°, sans modification de la tumeur.

La quatrième malade, chez laquelle les injections ont provoqué une diminution de la tumeur et qui est citée par Emmerich comme un exemple de guérison, est morte de cachexie cancéreuse trois semaines après sa sortie de l'hôpital.

Dans le cinquième cas enfin (Observation II du travail d'Emmerich), où

Emmerich aurait constaté la disparition des nodules cancéreux du sein, ceux-ci, d'après les renseignements fournis par le médecin de la malade, se sont ulcérés peu de temps après la sortie de la malade de l'hôpital.

Freymuth rapporte dans un travail les observations de deux cancéreux traités sans succès par le sérum d'Emmerich. Ce qu'il y a de particulier dans ces observations, c'est que dans le second cas il survient un érysipèle grave qui dura près de quatre jours et frappa la femme qui soignait le malade.

Emmerich, dans une réponse au Dr Bruns, formule contre lui les cinq accusations suivantes :

1° Le professeur Bruns se garde de reproduire les termes d'une lettre (adressée à Emmerich) dans laquelle il dit avoir constaté, dans un cas, une diminution manifeste de la tumeur sous l'influence des injections du sérum;

2° Le professeur Bruns se garde de dire qu'il a entrepris de soigner un trop grand nombre de malades avec une trop petite quantité de sérum, de sorte que « ce dernier fit défaut juste au moment où l'on pouvait compter sur son action » (propres termes de la lettre) ;

3° Le professeur Bruns ne dit pas que le sérum qui lui a été envoyé, l'a été à titre d'essai, au moment où la valeur thérapeutique de divers sérums n'était pas encore établie ;

4° Le professeur Bruns s'est certainement servi de sérum infecté, et les accidents qu'il a eus sont dus à ce que les injections n'ont pas été faites avec toutes les rigueurs de l'antisepsie ;

5° Le professeur Bruns a, dans plusieurs cas, injecté le liquide directement dans les vaisseaux et aggravé ainsi la situation du malade.

P. Gibier. — *De la sérothérapie dans le cancer* (Ac. des Sc. et Bulletin méd., 26 juin 1895).

1° Homme de 50 ans, atteint d'une tumeur cancéreuse du cou, étendue au pharynx et déterminant une gêne considérable de la déglutition et de la respiration. Dès les premières injections la tumeur a cessé de s'accroître, la respiration et la déglutition sont devenues plus faciles et au bout de 10 jours le néoplasme a commencé à se ramollir. — Le traitement est continué.

2° Femme de 55 ans; deuxième récidive de cancer du sein avec extension aux ganglions de l'aisselle. Une tumeur de même nature existe dans l'autre sein. Injections hypodermiques autour des nodules cancéreux. Après 15 jours de traitement, disparition de l'un de ces nodules à gauche et du côté droit ramollissement de la tumeur. Une éruption érythémateuse du tronc fait interrompre le traitement.

Ch. Richet. — *Effets toxiques des injections intra-veineuses faites avec la pulpe de cancers épithéliaux* (Bull. Soc. biol., 1er juin 1895).

Les effets sont variables, suivant la nature des tumeurs dont on injecte

le suc de la pulpe filtrée. Les sarcomes ou carcinomes non ulcérés ne semblent pas toxiques et les injections intra-veineuses de ces tumeurs triturées et filtrées sont sans réaction sur le chien. Au contraire, avec les épithéliomes des muqueuses ulcérées, on a un poison extrêmement violent, et quelques grammes de végétations épithéliales de l'utérus ayant été broyées et injectées à un chien, amenèrent la mort en une demi-minute. De même, un épithélioma des lèvres fut mortel en quelques secondes pour un lapin.

Le poison des épithéliomas des muqueuses ne semble pas détruit par la chaleur, même après chauffage à l'autoclave. Ce liquide tue les lapins à la dose de 0,02 cent. de tumeur par kilogr. d'animal.

P. Delbet. — *Production expérimentale d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé chez un chien* (Bull. Acad. Scienc., 17 juin 1895).

Je présente à l'Académie la première démonstration complète de la nature infectieuse du lymphadénome. Cette preuve est basée sur la reproduction expérimentale de cette forme de cancer par l'inoculation de cultures pures d'un bacille particulier.

J'ai trouvé ce bacille dans le sang de la rate, chez une femme atteinte de lymphadénome généralisé, mais surtout splénique, et arrivée à la dernière période de l'affection. La malade a succombé quelques jours après aux progrès de la cachexie, et j'ai pu constater qu'il s'agissait bien de lymphadénome.

J'ai expérimenté sur un chien ; les inoculations ont été faites, soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire avec des cultures pures du bacille ; mais elles ont été faites à doses massives et répétées.

Les inoculations ont déterminé des troubles graves de la santé se traduisant par un amaigrissement rapide. En quinze jours, l'animal a perdu plus d'un cinquième de son poids. Deux fois, il s'est produit, au siège des inoculations, des collections inflammatoires d'allures torpides, renfermant du pus séreux ou de la sérosité à peine louche. Ces abcès incisés ont guéri avec une rapidité extraordinaire. Il n'existait dans le liquide aucun autre microbe que le bacille injecté.

Un mois après le début des inoculations, j'ai pris tout le sang de ce chien pour essayer de traiter avec lui une malade atteinte d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé, dont les tumeurs contiennent un bacille qui me paraît être le même. Je ne puis rien dire encore de cette tentative thérapeutique : je me borne à relater le résultat de l'autopsie du chien.

On sait que, normalement, les ganglions de cet animal sont à peine visibles, sauf un qui est situé dans le mésentère, près de la terminaison de l'intestin grêle. Chez le chien inoculé, il existait en ce point, c'est-à-dire dans l'angle formé par la jonction de l'intestin grêle et du côlon, un volumineux paquet de cinq ou six ganglions. On trouvait en outre, dans le mésocôlon, trois ganglions ayant chacun le volume d'une petite noisette ; de chaque côté de la colonne vertébrale, une chaîne de ganglions

ayant en moyenne le volume d'un haricot ; dans le thorax, au-dessus de la crosse de l'aorte, plusieurs ganglions peu volumineux, mais manifestement hypertrophiés ; dans l'aine gauche, un ganglion du volume d'un pois ; dans chaque aisselle, un ganglion gros comme une belle amande. Ces ganglions ne présentaient aucun caractère inflammatoire. Tous les autres organes étaient absolument sains.

Il est bien évident que ce chien était atteint d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé. Toutefois la démonstration n'était pas encore complète, car on aurait pu prétendre qu'il s'agissait d'une coïncidence, et que l'hypertrophie ganglionnaire était due à toute autre cause que les inoculations. Pour me mettre à l'abri de cette objection, j'ai fait des cultures avec les ganglions du chien et j'ai pu constater qu'ils contenaient à l'état de pureté le bacille inoculé, tandis que le sang n'en renferme pas.

La démonstration me paraît ainsi complète, et je crois pouvoir dire que j'ai réussi pour la première fois à produire expérimentalement le lymphadénome par inoculations de cultures pures d'un bacille, sinon spécifique, du moins pathogène.

Geissler — *Cancer transplanté avec succès sur un chien* (XXIVe Cong. all. ch. et Bulletin méd., 18 mai 1895).

Geissler a fait sur un chien des tentatives de transplantation de cancer. A l'aide d'un trocart, il implanta sous la peau du flanc et dans les bourses des fragments d'une tumeur développée sur le prépuce d'un autre chien. Trois mois plus tard, se montrèrent des noyaux, qui s'ulcérèrent, et l'animal succombait au bout de 8 mois. A l'autopsie, on trouva des métastases dans le grand épiploon, dans la rate et sur la peau. Au microscope, la tumeur était bien un épithélioma.

Jürgens. — *Transplantation de sarcome* (Soc. méd. Berlin et Bulletin méd., 2 juin 1895).

Un cas de sarcome carcinomatoïde mélanique avait donné lieu à de nombreuses métastases dans le cerveau, l'intestin, les ganglions mésentériques et le pancréas. Celles de ce dernier organe étaient presque liquides. Jürgens essaya de transplanter ce néoplasme chez des animaux.

Depuis ces tentatives, quatre lapins ont succombé, présentant tous des lésions de sarcome, dont deux sur l'épiploon. Un de ces néoplasmes secondaires avait le volume d'un noyau de cerise ; au centre, on retrouvait la matière inoculée, et à la périphérie le tissu néoplasique nouveau. Chez un autre animal, on trouva une tumeur mélanique du cœur droit.

Jürgens dit avoir trouvé, tant inclus dans les cellules de la tumeur que libres dans les parties liquides, des noyaux couleur sépia arrondis ou ovalaires, qu'il regarde comme les organismes pathogènes de la néoplasie. Ces organismes se trouvaient à l'état de cultures pures dans les ganglions mésentériques malades et dans les plaques de Peyer.

Diana. — *Épithélioma guéri par les applications de bleu de méthyle et d'acide chromique* (Gaz. degli Osped., n° 63, et Bulletin méd., 23 juin 1895).

Homme de 47 ans, présentant, dans la région parotidienne, une vaste ulcération bourgeonnante, étendue de l'arcade zygomatique au conduit auditif externe; vives douleurs; engorgement des ganglions parotidiens. Traitement par le bleu de méthyle et l'acide chromique. Guérison en deux mois.

Boinet. — *Toxines cancéreuses* (Soc. de biol. et Bull. méd., 26 juin 1895).

L'auteur cite le fait suivant comme preuve de la moins grande rénitence des organismes cancéreux aux injections intra-veineuses de suc cancéreux provenant de tumeurs ulcérées.

Sur un chien non anémié atteint de cancer spontané des parois abdominales et de la rate, il a fait une injection intra-veineuse de 30 centimètres cubes de suc cancéreux frais provenant des parties profondes, non exposées à l'air, d'un encéphaloïde ulcéré d'une femme, opérée quelques heures auparavant. L'animal est mort quelques minutes après l'injection.

Une même injection de 45 centimètres cubes a été pratiquée sur un autre chien sain, pesant un tiers de moins que le premier; il ne s'est produit aucun accident et 15 jours après l'animal se portait encore bien. L'extrait alcoolique de ce suc cancéreux évaporé à 37° contenait des toxines donnant les réactions caractéristiques des phomaisies.

Friedrich. — *Essais de traitement des tumeurs malignes inopérables par le poison bactérien* (XXIV° Cong. all. chir. et Bulletin méd. méd., 19 mai 1895).

L'auteur a traité par des cultures de streptocoques suivant la méthode de Coley 13 cancers épithéliaux et 4 sarcomes, tous cas graves. Chez quelques malades il y a eu de l'amélioration, mais non pas guérison entière; l'amélioration a été très réelle dans un cas de lymphosarcome à la suite de 30 injections; il est nécessaire, pour éviter la fièvre, de filtrer les produits de cultures. La méthode de Coley demande des résultats plus efficaces pour être définitivement appréciée.

Lauenstein a expérimenté une fois cette méthode sans succès.

Lassar a vu des cancers rétrocéder avec les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler; l'effet est d'autant plus prononcé que le néoplasme est moins ancien.

Von Bergmann dit que l'un des malades de M. Lassar était atteint d'un adénome des glandes sébacées, maladie qui peut simuler le cancer cutané. Les malades traités et présentés jadis par M. Lassar ont eu pour la plupart une rechute et ont dû être opérés.

Kocher a expérimenté la méthode de Coley. Il a vu un sarcome du bassin récidivé rétrocéder incomplètement ; mais ce brillant résultat ne fut pas de longue durée : le néoplasme reprit son accroissement et emporta la malade.

Les injections d'arsenic donnent également des résultats d'abord encourageants, mais toujours incomplets, et les malades succombent. Que ces médications aient une influence sur les néoplasies, ce n'est pas douteux, mais il n'est pas permis de dire qu'elles les guérissent.

Kœnig regarde aussi le malade de M. Lassar comme atteint d'adénome de la peau, néoplasie bénigne. Le traitement par l'arsenic n'est pas à recommander. La publication de fausses guérisons de ce genre a l'inconvénient d'éloigner du chirurgien les malades qui redoutent l'intervention sanglante et de multiplier, par suite, le nombre des cancers devenus inopérables.

Krönlein exprime les mêmes craintes et ajoute qu'il a employé, dans un cas de sarcome récidivé du bassin, la méthode de Coley, qui lui a donné un insuccès complet.

Bérard et Rollet. — *Epithéliome du cuir chevelu greffé sur une vieille cicatrice* (Province méd., 16 mars 1895).

Vieillard de 69 ans. Brûlure assez large de la calotte crânienne à l'âge de 2 ans. Depuis cette époque cette plaie ne s'est jamais complètement cicatrisée et, à partir de 1894, elle a pris le caractère d'un épithélioma envahissant.

Actuellement on constate : sur le sommet de la région fronto-pariétale une large plaque ulcérée à bords découpés en feuille de trèfle, de 10 centimètres de côté. Les bords sont surélevés, très bourgeonnants, indurés ; le fond inégal, raviné en certains points, mamelonné en d'autres, est tapissé de bourgeons plus mous saignant facilement, avec un ichor très fétide dans les interstices.

Au point d'attache de la foliole droite du trèfle est une surface de 2 centimètres de côté environ, plus évidée que les portions voisines et soulevée par des battements synchrones à ceux du pouls. L'exploration à ce niveau avec le stylet permet de pénétrer entre les bourgeons à une profondeur de 1 cm. 1/2 environ sans que l'on rencontre de surface osseuse ; cette investigation ne provoque aucun phénomène particulier : on n'insiste pas.

L'ensemble de la tumeur, fixé sur les plans profonds, se continue par des tissus cicatriciels mobilisables sur les parois du crâne.

Il y a peu de ganglions envahis : le ganglion pré-auriculaire et quelques ganglions parotidiens gauches sont seuls volumineux, durs, indolores.

L'état général laisse à désirer, le malade, très anémié, accuse un amaigrissement assez considérable depuis trois mois avec perte des forces.

Ce cas d'épithéliome greffé sur une vieille cicatrice et ayant perforé la

voûte crânienne est intéressant, comme le font remarquer les auteurs, pour les raisons suivantes :

1° La rareté relative des tumeurs épithéliales d'origine épidermique dans les portions de la calotte crânienne recouverte de cheveux ;

2° La rareté encore plus grande de la perforation de la voûte crânienne par ces néoplasmes externes et la bénignité apparente des symptômes qui l'ont accompagnée dans ce cas.

Mayet. — *De l'inoculation du cancer* (Province Méd., 1er juin 1895).

Après avoir donné un rapide résumé des travaux publiés depuis quelques années à ce sujet, l'auteur rapporte ainsi un dernier fait expérimental qu'il a observé : « Le 10 novembre je fis à un lapin vigoureux et sain une première injection, dans la veine auriculaire, de 10 centimètres cubes de macération prolongée de cancer du sein trituré, le liquide ayant été filtré avec toutes les précautions voulues au filtre de porcelaine.

Le 15 novembre, une seconde injection de 18 centimètres cubes fut faite dans les mêmes conditions.

Dès le 25 novembre, cet animal commença à dépérir et présenta des symptômes de paraplégie. Il se cachectisa rapidement d'abord avec un amaigrissement extrême, tout en continuant à manger comme auparavant.

Plus tard il reprit son embonpoint partiellement, tout en restant paralysé du train de derrière. Puis la cachexie se prononça de nouveau et il arriva à un état de faiblesse et de maigreur extrême.

Vers la fin de janvier, il mourut d'une pneumonie intercurrente ayant l'apparence de la splénisation pulmonaire.

L'autopsie ne révéla, outre les lésions de la pneumonie, aucune lésion néoplasique, si ce n'est une petite tumeur osseuse du volume d'un gros pois développée au niveau de la tubérosité d'une côte que l'examen histologique, par M. le professeur Hermann, de Toulouse, révéla être composée d'ostéoplastes et de corps embryonnaires. Nous ne pouvons guère considérer ce néoplasme comme une tumeur cancéreuse ou, tout au moins, il est douteux quant à sa signification.

La moelle épinière paraissait microscopiquement saine, malgré les symptômes de paralysie présentés pendant la vie.

Ce fait, s'il n'est pas à l'actif de la reproduction du cancer chez les animaux par les produits liquides tirés du cancer de l'homme, démontre au moins qu'en dehors de toute intervention microbienne, il existe, dans le carcinome du sein, des substances solubles éminemment toxiques et nuisibles à l'économie animale. »

Mortimer Granville. — *Traitement du Carcinome par le périodure de thalline* (Journ. méd. Paris, 9 juin 1895).

Le périodure de thalline (iode et sulfate de thalline) a donné à l'auteur de très bons résultats. Dans un cas, la récidive ne s'était pas montrée au

bout de quatre ans. On le prescrit en pilules contenant chacune d'elles vingt-cinq centigrammes du médicament. Une pilule toutes les 2 ou 3 heures dans la journée. On peut lui associer le musc à la dose de cinq centigrammes par pilule, ou le chlorhydrate de pilocarpine à la dose de un milligramme, si la peau est sèche et fonctionne mal.

Tillmanns. — *Etiologie et histogenèse du Carcinome* (XXIVe Congr. all. chir. et Bulletin méd., 19 mai 1895).

Les tissus et cellules du cancer naissent d'une modification pathologique des épithéliums (Thiersch, Waldeyer) et non du tissu conjonctif (Virchow). Bien entendu, toute végétation épithéliale atypique n'est pas cancéreuse. Les hypothèses émises pour en expliquer la pathogénie s'appliquent difficilement à tous les cas. Quant aux théories parasitaires du cancer, elles sont fort différentes les unes des autres, et, jusqu'ici, elles ne sont nullement démontrées. Rien, en particulier, ne prouve que les éléments décrits comme des protozoaires soient bien réellement des parasites.

Le cancer est transmissible d'homme à homme, mais sa transmissibilité de l'homme aux animaux n'est pas hors de conteste. D'autre part, la transmission d'un cancer semble nécessiter une prédisposition, et l'on ne saurait le regarder comme une maladie contagieuse au sens propre du mot. Cette transmission ressemble plutôt à une greffe de tissus morbides qu'à l'inoculation d'une maladie infectieuse.

La prédisposition aux métastases varie beaucoup avec les organes. Ainsi, d'après M. Winiwarter, dans le cancer de l'estomac on ne constate jamais de généralisation aux os; sur 755 cas de cancer du rein, on a noté 241 fois la généralisation au foie et 17 fois à la rate; sur 244 cas de cancer utérin, les métastases au foie ont été notées 35 fois et une seule fois à la rate.

Tout le monde est d'accord pour considérer comme cause prédisposante du cancer les traumatismes mécaniques ou chimiques prolongés, surtout à un âge avancé. Pour le cancer des lèvres et de la langue, c'est ainsi qu'agissent les chicots et le tabac. L'action du tabac est difficile à nier : sur 77 cancers des lèvres, quatre seulement se sont développés chez des femmes dont trois fumaient. De 245 cancers de la langue, 230 ont été constatés chez des hommes et 15 chez des femmes. Une autre statistique nous montre 97 cancers de la langue chez des hommes et 3 seulement chez des femmes qui fumaient. Esmarch prétend que même chez l'enfant le tabac peut causer le cancer. Le tabac consommé au naturel semble moins irritant, car le cancer buccal est plus rare dans les pays orientaux.

Le rôle pathogénique de l'alcool est bien mis en relief par le cancer de l'œsophage. Le phimosis, par l'irritation qu'il entretient, est une cause du cancer de la verge. Le cancer primitif de la vésicule biliaire est presque toujours accompagné de calculs biliaires. La tuberculose, la syphilis peuvent être le point de départ de cancers développés sur du tissu cicatriciel.

L'hérédité joue aussi un rôle dans l'étiologie du cancer : Broca a signalé que sur 36 individus issus d'une femme morte d'un cancer du sein, 15 sont devenus cancéreux et, sur ce nombre, 10 ont eu aussi un cancer du sein.

Le cancer est plus fréquent dans le sexe féminin, dans certaines races (race nègre?) ; on a prétendu que l'alimentation carnée jouait aussi un certain rôle étiologique. On peut affirmer que le cancer devient plus fréquent que par le passé, tant en Europe qu'en Amérique. On estime qu'il cause actuellement quatre fois plus de décès qu'autrefois.

Clément. — *Des formes rares d'association du cancer et de la tuberculose* (Virchow. S. arch. Bd 139, Heft 1).

Travail donnant la relation de cinq cas de coexistence de carcinome et de tuberculose répartis d'après cette classification de Lurbach :

1° Coexistence fortuite de la tuberculose et du cancer ; 2° dans des cas de tuberculose ancienne, le carcinome peut être une cause de développement d'une tuberculose nouvelle ; 3° (très rarement) une nouvelle affection tuberculeuse peut se déclarer au cours d'une affection carcinomateuse ; 4° un cancer peut venir s'ajouter à une tuberculose chronique, cette dernière y jouant le rôle de cause prédisposante ; 5° une invasion simultanée de ces deux maladies.

Comme conclusion, l'auteur soutient que l'action locale et générale du cancer peut provoquer une tuberculose latente ; que celle-ci peut apparaître là où elle ne se développe pas d'habitude et que la production du cancer dans des ganglions lymphatiques, déjà tuberculeux, peut faire croire à la nature tuberculeuse de la tumeur.

Schwarz et Paltauf. — *De la théorie parasitaire du cancer* (Bulletin Méd., 3 avril 1891).

Schwarz a exposé l'historique des théories parasitaires du cancer, qui ont tant occupé le monde savant pendant ces années dernières. On a d'abord décrit comme agents pathogènes du cancer des bacilles, puis des microorganismes appartenant à la classe des protozoaires. Jusqu'ici l'authenticité de leur rôle, et même de leur existence, n'est nullement démontrée, mais on n'est cependant pas autorisé à nier, *a priori*, l'origine infectieuse du cancer. Il faut reconnaître que tout ce que l'on a décrit sur ce point a plus contribué à obscurcir la question qu'à l'élucider, car beaucoup d'auteurs ont abordé ce sujet avec des connaissances microbiologiques trop insuffisantes.

On peut dire que ce que l'on a décrit jusqu'ici comme des parasites du cancer n'est pas autre chose que des produits de métamorphose ou de dégénérescence de cellules rondes. Cependant il faut s'arrêter davantage à certaines inclusions cancéreuses que l'on a regardées comme des microorganismes appartenant à la classe des sporozoaires et que l'on a décrites sous trois formes : plasmoïde, cytoïde et cystoïde.

L'expérimentation et les cultures n'ont pas encore pu démontrer que ce soient bien là des sporozoaires, et seul l'examen histologique a été invoqué pour prouver l'exactitude de cette manière de voir. D'après les recherches de M. Schwarz, les formes cytoïdes et cystoïdes du soi-disant parasite ne sont pas autre chose que des leucocytes migrateurs et dégénérés, ou des processus d'invagination cellulaire, ou encore des mitoses pathologiques. Quant aux formes plasmoïdes, elles sont en relations très étroites avec des processus nécrotiques. En somme, ce ne sont pas là des parasites, mais le résultat de dégénérescences morphologiques. Les faits montrent jusqu'ici qu'avec la seule histologie on ne peut édifier la théorie parasitaire du cancer.

Pour M. Paltauf, l'homologie de tous les cancers secondaires peut être invoquée contre la théorie parasitaire du cancer. C'est la cellule elle-même qui est le vecteur de l'infection. Les faits de cancer propagé par contact peuvent aussi s'expliquer par la transplantation. Il faut remarquer que les cellules cancéreuses transplantées conservent l'aspect et au moins en partie les propriétés biologiques de celles du terrain de la tumeur primitive.

P. Mermet. — *Sarcome fasciculé de la nuque : Ablation. Récidive in situ ; nouvelle ablation. Récidive à distance au niveau d'une cicatrice vaccinale* (Bull. Soc. anat., n° 6, avril 1895).

Les principaux points intéressants de cette observation, recueillie sur un homme de 63 ans, sont les suivants : Exemple assez rare de sarcomatose cutanée primitive de la nuque : lenteur d'évolution pour la tumeur primitive (18 mois) ; rapidité d'une récidive locale (2 mois après l'extirpation) ; rapidité d'une seconde récidive à distance, au niveau d'une cicatrice vaccinale (influence traumatique) ; point de départ hypodermique de ce sarcome fasciculé.

V. Babès et **G. Stoicesco.** — *Sur le diagnostic du cancer des organes internes, par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées* (Progrès Méd., 23 fév. 1895).

Obs. I. — Homme de 45 ans. Depuis quelques mois, vagues douleurs abdominales, amaigrissement, anorexie complète et de temps en temps quelques vomissements. Ni hémoptysies, ni hématémèses, ni mélœna. Sur toute la surface du corps, petites tuméfactions dures et mobiles dans la profondeur de la peau et au-dessous. Au microscope on constate que *ces tumeurs sous-cutanées* sont encapsulées par une couche périphérique de tissu embryonnaire ; elles sont constituées par des trabécules conjonctives formant des alvéoles, tapissées par des cellules cubiques ou cylindriques et en partie remplies par de grandes cellules cubiques, avec l'aspect de cellules épithéliales, dont les unes en kariokynèse. Les trabécules deviennent parfois hyalins. Nous avons considéré ces nodules comme une manifestation métastatique d'une tumeur semblable d'un organe intérieur

glandulaire. L'autopsie a confirmé ce diagnostic, en révélant l'existence d'un carcinome glandulaire de l'estomac avec généralisation au foie, au pancréas, etc.

Obs. II. — Femme de 42 ans, cachectisée. Douleurs abdominales ayant été précédées de métrorrhagies. Col de l'utérus détruit par une tumeur dure à surface irrégulière. Culs de sac infiltrés. Nombreuses tumeurs de petit volume dans la peau. L'une d'elles, examinée au microscope, montre une métastase cancéreuse glandulaire; à l'autopsie, cancer utérin propagé dans le voisinage.

Ces faits démontrent qu'en cas de diagnostic douteux, l'examen microscopique de nodosités sous-cutanées peut quelquefois servir à établir ce diagnostic d'une manière certaine. La première de ces observations en est un exemple ; dans le second cas, l'incertitude devait être moindre.

G. Sourdille. — *Sarcome pédiculé de la peau de l'ombilic* (Bull. Soc. anat., n° 8, avril 1895).

Cette tumeur, enlevée sur un homme de 49 ans, occupait le bord inférieur de la cupule ombilicale; elle était pendante, mobile, longue de 5 centimètres ; autour de son insertion à la peau existaient 7 à 8 tubercules rosés encastrés dans la peau. Large résection de toute la portion de peau malade. La tumeur et les nodosités étaient constituées par du sarcome fuso-cellulaire.

Thèses et brochures

Edgard Wisner. — *Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié* (Thèse, Paris 1895).

Dans leur *Traité des maladies du testicule*, Monod et Terrillon ont rassemblé 42 castrations inguinales pratiquées pour tumeurs du testicule ectopié; l'auteur en rapporte une nouvelle observation personnelle avec examen histologique. Il résulte de ce petit nombre de faits connus que le cancer du testicule ectopié est en réalité assez rare. On l'observe surtout à l'âge moyen de la vie, sans prédominance marquée pour un côté plutôt que pour l'autre, et principalement dans le cas d'ectopie inguinale; il en existe cependant trois observations sur le testicule en ectopie abdominale. Il n'est nullement prouvé que l'ectopie, d'une part, et le traumatisme, d'autre part, créent une prédisposition au développement du néoplasme.

L'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs n'a été sérieusement faite que dans une douzaine de cas; elle a montré qu'il s'agissait soit de carcinomes, soit de sarcomes. Dans l'observation de Wisner, il s'agissait d'un sarcome pur, à petites cellules rondes, avec sclérose des parties de la glande non envahies.

S'il est difficile de diagnostiquer un cancer du testicule en ectopie abdominale, il n'en est pas de même en général pour la variété inguinale. Lorsque cette dernière forme est reconnue, il faut pratiquer l'ablation de la tumeur le plus tôt possible, à moins qu'il n'y ait envahissement des ganglions iliaques, ce qui est une contre-indication à l'intervention.

H. Jasienski. — *Etude sur une forme latente de l'épithéliome stomacal (forme d'ictère chronique).* — (Thèse de Paris, 1895).

En invoquant quatre observations, publiées dans ce travail, l'auteur décrit une variété d'épithélioma de l'estomac qui prend le masque de l'ictère chronique par rétention. On ne relève pas en général chez ces malades les symptômes ordinaires du cancer de l'estomac, mais on note de l'ictère chronique, une augmentation de volume de la vésicule biliaire, une tuméfaction profonde de l'hypochondre droit sous le foie, qui est ordinairement peu volumineux. Ce sont là des caractères que l'on rapporte, depuis le travail de Bard et Pic, au cancer de la tête du pancréas.

Or, d'après Jasienski, il y a lieu de ne pas admettre cette opinion d'une façon exclusive. Les faits qu'ils rapportent prouvent qu'il existe une variété d'épithélioma stomacal térébrant, qui s'accuse par les mêmes symptômes, formant un syndrome qui, d'ailleurs, peut être commun à toutes les affections évoluant dans la région péricholédoccienne.

Le diagnostic de cette variété d'épithélioma, qui envahit et comprime le canal cholédoque, est d'autant plus difficile que l'on peut hésiter entre un ictère calculeux et un ictère par néoplasme de l'ampoule de Vater, du pancréas, du cholédoque ou de la vésicule biliaire. Il est cependant important de l'établir, car cet épithélioma, s'accompagnant dès le début d'infection lymphatique, n'est justiciable d'aucune intervention.

G. Marchal. — *Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne* (Thèse de Paris, 1895).

Ces tumeurs, qui sont peu communes, n'ont été qu'imparfaitement étudiées jusqu'à nos jours ; pourtant, d'après les symptômes qu'elles présentent, il est possible d'en faire une description. En ce qui concerne leur étiologie, on n'est fixé que sur un point, soit l'influence déterminante d'une affection ancienne ou récente ou d'un traumatisme sur leur développement.

Toutes les variétés de tumeurs malignes ont été rencontrées dans l'oreille moyenne ; l'épithélioma est le plus fréquent, puis vient le sarcome avec les différentes variétés ; quant au carcinome, il y est bien rare. Le point de départ de ces divers néoplasmes est variable ; pour les tumeurs épithéliales c'est dans la muqueuse de la caisse du tympan qu'il faut en rechercher l'origine ; pour les tumeurs du type conjonctif, elles peuvent dériver de tous les tissus de l'oreille.

Leur évolution symptomatique peut être divisée en trois périodes : La première est caractérisée, souvent après une allure insidieuse, par des

douleurs, un écoulement séreux ou purulent, la production de fongosités, et une surdité légère ou totale. Au bout de plusieurs mois apparaissent d'autres symptômes qui constituent la deuxième période : Ce sont une paralysie faciale avec redoublement des douleurs qui s'irradient vers la tempe, l'œil, la nuque, le cou, l'épaule ; une surdité plus prononcée, une otorrhée fétide et enfin une masse bourgeonnante, saignant facilement. Cette tumeur envahit bientôt le temporal, l'articulation temporo-maxillaire, la corde du tympan et le trijumeau ; d'autres fois, elle atteint le glosso-pharyngien et le pneumogastrique dont les fonctions sont compromises ; dans quelques cas elle détruit des vaisseaux et détermine des hémorrhagies. Enfin, si ces dernières ne sont pas foudroyantes ou si quelques complications fatales, méningite, pneumonie, ne sont pas survenues, la cachexie se prononce de jour en jour et emporte le malade.

L'ensemble de ces accidents et surtout leur mode d'évolution, peuvent permettre de porter de bonne heure le diagnostic, mais il n'est réellement assuré que par l'examen histologique des bourgeons qui font saillie dans l'oreille. Il n'y a aucun traitement curatif à opposer à ces tumeurs ; le traitement palliatif est la seule ressource que l'on possède pour procurer quelque soulagement.

P. Carty. — *De l'épithéliome primitif de l'urèthre pré-membraneux* (Thèse de Paris. 1895).

La localisation de l'épithélioma au canal de l'urèthre est rare : C'est là la principale raison pour laquelle son étude n'en a été faite que dans ces dernières années. Peu d'observations en ont été jusqu'alors publiées et l'on ne doit pas être surpris que Carty n'ait pu en réunir que 14 faits indiscutables.

Cet épithélioma, qui, dans la majorité des cas, offre les caractères de l'épithélioma pavimenteux lobulé, siège dans l'urèthre pré-membraneux, de préférence dans la partie correspondant au périnée et au scrotum. Ce siège d'élection ne tient pas à une différence de structure de la muqueuse, mais, d'une part, à ce que la muqueuse pré-membraneuse est d'origine ectodermique et, d'autre part, aux irritations plus fréquentes de cette région par la blennorrhagie et par le traumatisme.

Les premiers symptômes de cet épithélioma sont ceux d'un rétrécissement, et cela se conçoit d'autant mieux que souvent il apparaît chez un ancien rétréci. Dans une deuxième période il se manifeste par une infiltration phlegmoneuse du périnée et du scrotum et par la formation d'abcès et de trajets fistuleux, dont les orifices ulcéreux et bourgeonnants présentent un aspect de mauvais aloi. C'est alors que le cathétérisme, souvent suivi d'urétrorragie, et l'examen urétroscopique aidé de l'examen microscopique révèlent sûrement la présence du néoplasme. En dernier lieu apparaissent des phénomènes généraux, liés les uns à la diathèse cancéreuse, les autres à l'infection urinaire (fièvre, engorgement ganglionnaire, aspect général, etc...)

Si le diagnostic a pu être porté avant la période de cachexie il est indiqué de procéder à l'ablation du néoplasme, limitée si le cancer est circonscrit, large s'il a infiltré la verge, le scrotum et le périnée.

P. Chambre. — *Etude sur le sarcome primitif des muscles* (Thèse de Paris, 1895).

Le résumé des faits connus et une observation nouvelle, suivie d'un examen histologique qui vient à l'appui de la théorie, faisant dériver les sarcomes du tissu angioblastique, constituent la base de cette étude. Nous y relevons les conclusions thérapeutiques suivantes : Si le sarcome est petit, à évolution lente et bien encapsulé, il faut l'énucléer ; s'il est volumineux et à évolution rapide, il faut recourir soit à l'amputation, soit à la désarticulation, suivant les cas.

A. Collet. — *Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres* (Thèse de Paris, 1895).

Comme les autres glandes salivaires, celles des lèvres peuvent être le point de départ de tumeurs mixtes. Ces tumeurs, épithéliales et probablement congénitales, offrent, comme caractères particuliers, d'avoir une trame formée de tissus variables dépendant du tissu conjonctif; tissu fibreux, cartilagineux, muqueux, osseux.

En général, leur développement clinique comprend deux périodes; une première, longue, revêtant une allure bénigne, et une deuxième, assez rapide, caractérisée par sa malignité, d'où l'indication de faire l'ablation de ces tumeurs aussitôt que le diagnostic en est fait.

Goloatt Aslanian. — *Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse* (Thèse de Paris, 1895).

Dans ce travail l'auteur laisse de côté le cancer primitif du péritoine ; il n'envisage que la péritonite cancéreuse secondaire consécutive au cancer de l'un ou l'autre des viscères abdominaux. Parmi ces organes ce sont le grand épiploon, l'estomac et les ovaires, dont les néoplasmes se compliquent le plus souvent de la généralisation péritonéale.

Après avoir montré que les lésions du péritoine peuvent affecter cinq formes microscopiques, forme miliaire, forme nodulo-ulcéreuse, forme végétante, forme kystique et forme infiltrante, et après avoir étudié par quel mécanisme se fait la généralisation dans le péritoine, Aslanian décrit séparément chacun des symptômes par lesquels elle se manifeste (douleur, tumeur, ascite, météorisme et température) et d'après les 90 observations, qu'il a dépouillées, il assigne à la péritonite trois formes cliniques, l'une chronique, la plus fréquente, une autre aiguë, assez rare et enfin une troisième sèche, caractérisée par l'absence de l'ascite. Quelques pages sont ensuite consacrées au diagnostic, souvent difficile, au pronostic toujours fâcheux et au traitement, c'est-à-dire à la laparotomie qui, tout en n'étant

qu'évacuatrice, peut soulager les malades et ralentir la marche fatale de l'affection.

L. Mariage. — *Essai sur les tumeurs malignes des enfants* (Thèse de Paris, 1895).

Dans cette étude, qui traite des tumeurs malignes des enfants, à l'exception des tumeurs de l'œil, du rein et des os, et des tumeurs congénitales, l'auteur a envisagé chaque variété de néoplasmes d'une façon générale bien propre à montrer que ces tumeurs ne sont pas rares dans l'enfance. Les statistiques qu'il a colligées le prouvent et établissent qu'on les rencontre dans la proportion de 0,75 0/0 environ. En ce qui concerne l'histoire clinique de chacune d'elles, Mariage en fait ressortir avec soin les principaux points, ce qui le conduit à poser les conclusions générales suivantes :

L'étiologie de ces tumeurs est encore ignorée. Cependant, d'après plusieurs observations, le traumatisme, l'hérédité et même la contagion paraissent devoir être incriminés.

Tous les tissus et organes du corps de l'enfant peuvent être atteints par le néoplasme, qui semble plus fréquent sur les organes génitaux femelles.

Toutes les tumeurs malignes de l'adulte peuvent être rencontrées chez l'enfant avec des caractères histologiques semblables. Les tumeurs épithéliales sont assez rares. Les tumeurs conjonctives et, en particulier le sarcome embryonnaire, s'observent beaucoup plus fréquemment.

L'évolution des tumeurs est plus rapide dans l'enfance que dans l'âge mûr. Nous devons toutefois faire une exception pour quelques épithéliomas cutanés dont le développement a été très lent.

Les tumeurs accessibles doivent être traitées chirurgicalement. L'opération sera faite largement et aura d'autant plus de chances de succès qu'elle sera faite plus hâtivement.

V. Laisney. — *Etude sur le cancer du cœur* (Thèse de Paris, 1895).

Le cœur n'est pas à l'abri des atteintes du cancer, ainsi qu'on l'avait pensé jusqu'à Sénac qui, avec raison, se demandait pourquoi il en serait plutôt exempt que les autres organes. Les recherches anatomo-pathologiques sont venues démontrer la réalité de ce fait que les premières observations, rapportées par Lieutaud, faisaient pressentir.

Le cancer du cœur peut être primitif, ce qui paraît très rare, ou secondaire, ce qui l'est moins, coïncidant alors avec un néoplasme d'un organe situé dans son voisinage ou dans une partie plus ou moins éloignée. Il peut se développer à tout âge, depuis la première année de la vie jusqu'à un âge avancé. Mais c'est de 40 à 55 ans qu'on l'observe le plus souvent, ce qui ne veut nullement dire qu'il soit fréquent.

Quelquefois il envahit la totalité du cœur ; plus souvent il ne l'atteint que partiellement, et de l'examen des faits il résulte que le cœur droit, en

particulier son ventricule, en est le siège de prédilection. Comme modifications anatomo-pathologiques que l'organe peut présenter, elles varient d'intensité; en général, myocarde, endocarde et péricarde sont atteints par la dégénérescence qui se manifeste sous forme de noyaux disséminés çà et là, d'épaississement des séreuses, d'infiltration des tissus.

Cette dégénérescence n'a pas de symptômes qui, pour ainsi dire, lui soient propres : Fonctionnels ou physiques, ils simulent toute espèce de maladies (lésions valvulaires, angine de poitrine, asystolie) ; aussi est-il difficile de reconnaître au cancer du cœur une signature clinique. Toutefois on devra le soupçonner en présence des accidents suivants que Laisney expose ainsi :

Qu'un malade présente une gêne progressive de la circulation cardiaque, avec embarras de la circulation générale, irrégularité des battements du cœur se traduisant au pouls par des phénomènes parallèles, en un mot qu'il offre tous les signes d'une affection du cœur bien caractérisée, qu'il n'ait aucun antécédent rhumatismal, qu'il ne porte aucune trace de syphilis et soit à l'abri de tout soupçon d'alcoolisme; que de plus il porte sur la surface extérieure une tumeur cancéreuse : il me semble que le médecin a devant lui de véritables jalons, et la constatation des manifestations cancéreuses externes, appuyée sur l'élimination de toute autre diathèse, lui permet de songer à la possibilité d'une tumeur cardiaque cancéreuse.

D'une durée variable, mal déterminée, l'affection a une marche lente, insidieuse ou rapide, prenant souvent fin par une mort subite.

Félix Bernard.— *Epithélioma primitif du vagin.* (Thèse, Paris, 1895).

En quelques lignes tient l'historique de l'épithélioma primitif du vagin, ce qui n'a pas lieu de surprendre, puisqu'avant l'année 1875 l'on n'avait point ou peu écrit sur cette question. Depuis lors Rondot, Küstner, Hirsch et un certain nombre d'autres chirurgiens, de nationalité différente, en ont fait le sujet de divers mémoires qui ont servi à la rédaction des chapitres que contiennent les traités de gynécologie sur cette localisation de l'épithélioma.

L'affection est rare et s'observe principalement entre 50 et 60 ans, bien qu'on en ait rapporté un certain nombre de cas au-dessous et au-dessus de ces âges. Comme causes occasionnelles, il n'en est pas qui ne soit discutable et comme théorie pathogénique aucune n'a encore rallié la majorité des suffrages.

L'épithélioma peut se développer sur les différentes parois du vagin ; le plus souvent c'est au niveau de la partie supérieure de la paroi postérieure qu'on l'observe ; s'il apparaît au niveau du cul-de-sac, il constitue l'épithélioma liminaire de Pozzi. L'épithélioma de la paroi antérieure, des parois latérales, vulvo-vaginale et annulaire sont les autres localisations que l'on rencontre d'après cet ordre de fréquence décroissant. Au point de vue anatomo-pathologique on en distingue deux formes, la forme végétante

ou papillaire et la forme infiltrée ou nodulaire, présentant histologiquement les caractères de l'épithélioma pavimenteux, lobulé ou tubulé.

Si le début de la maladie est parfois insidieux, elle se caractérise bientôt par des symptômes fonctionnels qui, en s'ajoutant aux signes physiques, ne peuvent laisser aucun doute : hémorragies, écoulements vaginaux fétides plus ou moins abondants, douleurs localisées ou irradiées et troubles fonctionnels de la vessie et du rectum. Tels sont les principaux symptômes qui ne tardent pas à être suivis de complications intéressant les organes de voisinage.

A une période avancée de l'affection on ne doit songer qu'à appliquer un traitement palliatif, mais au début on peut tenter une intervention. Aussi est-il important de porter de bonne heure le diagnostic de la lésion, de son siège et de son étendue, conditions auxquelles est subordonnée la conduite thérapeutique, que l'auteur a résumée en quelques pages, que nous avons reproduites *in extenso*. (Voir ci-dessus, page 12).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(PREMIER SEMESTRE DE 1895)

Appareil de la locomotion

LÉVI (Ch.). Sarcome mélanique du maxillaire inférieur (Soc. anat., Mars, n° 4). — GUINARD et VILLIÈRE. Sarcome périostique du fémur (Soc. anat., Avril, n° 8). — DELMAS et CANNIEU. Chondro-myxo-sarcome du tibia (J. Méd. Bordeaux, 31 mars). — HEURTAUX. Sarcome globo-cellulaire de l'humérus, résection, guérison depuis 11 ans (Soc. chir., 23 fév.). — ALBERTIN. Néoplasme récidivé du maxillaire supérieur (Mercredi Méd., 23 janvier). — MIKULICZ. Résection des os longs pour cancer (XXIV° Cong. Soc. all. chir., 17 avril). — LATHURAZ-VIOLLET. Ostéosarcome de l'omoplate, polyurie symptomatique (Province Méd., 16 fév.). — DEVIC et PAVIOT. Envahissement des os plats par un cancer secondaire (Bulletin Méd., 9 janvier). — EISENMENGER. Des sarcomes plexiformes de la voûte palatine et du voile du palais (Deuts. zeits f. Chir., XXXIX, 1-2). — BUONOCORE. Amputation de la hanche pour sarcome (Thérap. Gaz., 15 fév.). — CLEVELAND. Carcinome de l'antre d'Higmore (Méd. York, 9 mars). — CHAMBRE. Sarcome primitif des muscles (Thèse, Paris).

Appareil de l'innervation

AUVRAY. Tumeur du cervelet (Soc. anat., Mars, n° 4). — GRASER. Sarcome du cerveau (XXIV° Cong. Soc. all. ch., 17 avril). — BRAMANN. Sarcome du cerveau (Ibid.). — BRUNS. Sarcomes des méninges médullaires (Mercredi Méd., 13 fév.). — KUMMEL. Sarcome du canal rachidien (XXIV° Cong. Soc. all. ch., 17 avril). — JANSENN (V.). Sarcome de la pie-mère (Arch. Virch.). — HANDFORD. Sarcome du cerveau consécutif à un traumatisme (Soc. clin. London, Mars). — BRUNS. Angiome caverneux du cerveau (Mercredi Méd., 13 fév.). — SCHWARTZ. Tumeur cérébrale (Soc. chir.,

20 mars). — Cénas. Troubles de l'équilibre provoqués par les tumeurs du lobe frontal (Loire Méd., 15 mars). — Cary. Tumeur de la base du cerveau (Méd. News., 9 fév.). — Guthric et Turner. Tumeur des tubercules quadrijumeaux (Lancet, 2 fév.). — Fisher. Tumeur du thalamus optique (N. York Neur. Soc., 8 janvier). — Collins. Tumeur de l'aqueduc de Sylvius (Ibid.). — Clarke et Morton. Observations de symptômes de tumeur cérébrale (Brit. Méd. J., 13 avril). — Aldibert. Tumeur cérébrale avec symptômes de fausse localisation (Rev. de Chir., Fév.). — Albert. Trépanations palliatives dans les cas de tumeurs cérébrales (Wien. Med. Woch., Janvier).— Murray et Richardson. Sarcome du cerveau, ablation, guérison (Lancet, 16 mars). — Dana. Sarcome du cerveau, opération (N. York Neur. Soc., 2 avril). — Wood. Gliome sous-cortical du cerveau (N. York Med. J., 23 mars). — Dinkler. Hydrocéphalie et tumeur du cerveau (Deuts. zeit. f. New., VI). — Bremer. Cylindro-endothéliome de la dure mère (Amer. J. of Med. Sc., Fév.). — Jesioncki. Du fongus de la dure-mère (Munch. Med. Abhandl VIII, 6).

Appareil des sens spéciaux

Brindel. Sarcome encéphaloïde des fosses nasales (J. Méd., Bordeaux, 3 fév.). — Brindel. Lympho-sarcome des fosses nasales (Ibid.). — Vergely. Enchondrome du fémur, généralisation au poumon (J. Méd., Bordeaux, 7 avril). — Parisotti. Tumeur rare intra-oculaire (Bulletin Méd., 8 mai). — Helme. Les sarcomes primitifs des fosses nasales (Union Méd., 23 fév.). — Kalt. Fibro-sarcome de l'orbite (Semaine Méd., 11 mai). — Lagrange. Tumeur congénitale maligne de l'orbite (Ibid.). — Rogman. Carcinome du limbe conjonctival chez un enfant de 14 ans (Ann. d'ocul., Mars). — Domec. Traitement de l'épithélioma des paupières et du nez, par le bleu de Méthyle (Thèse, Paris). — Rochon-Duvigneaud. Diagnostic entre les sarcomes et les gommes du corps ciliaire (J. des Pratic., 15). — Van Duyse. Des endothéliomes de l'orbite (Ac. Méd., Belgique, IX-2).— Marchal. Des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (Thèse, Paris). — Hang. Sarcome mélanique à cellules géantes du conduit auditif (Zeigler. S. Beit. z. path. anal., XVI). — Bonain. Myxo-angio-sarcome des fosses nasales (Bulletin Méd., 8 mai). — Calot. Polype naso-pharyngien; ablation (Bulletin Méd., 6 janvier).

Appareil de la digestion

Paillard. Forme ganglionnaire de l'épithélioma latent du pharynx (Thèse, Paris). — Mazzoni. Tumeur du rectum, extirpation par la voie sacrée (Soc. Lancis. osp. Roma, 16 fév.). — Collet. Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres (Thèse, Paris). — Stewart. Nouveau signe de diagnostic précoce du cancer de l'estomac (Med. News, 16 fév.). — Lorenzi. Diagnostic de l'ulcère rond et du cancer de l'estomac (Thèse, Paris). — Jasienski. Sur une forme latente de l'épithélioma stomacal (Thèse, Paris). — Keefe. Traitement physiologique du cancer de l'estomac (N.-York Méd., 9 mars). — Jessop. Pylorectomie pour cancer (Brit. Med., 26 janvier). — Galvagni. Cancer avec cirrhose du foie (Arch. ital. di

clin. med. XXXIII). — Bruneau. Sarcome anal et cancer secondaire du foie (Bull. Méd. Nord, 8 mars). — Canthorn. Tumeur du mésentère, résection de 13 pouces d'intestin (Med. News, 13 avril). — W. Stokes. Traitement opératoire de l'épithélioma des joues, de la langue et des lèvres (Dublin Journ., 1er mai). — Segond. Cancer de l'œsophage, gastrostomie (Soc. chir. XX). — Leech et Grosvenor. Epithélioma de l'œsophage, perforation de la trachée (Manchester path. Soc., 13 mars). — Sutton. Cancer de l'orifice cardiaque (Clin. Sketehees, Fév.). — Herringham. Cancer primitif du pancréas (St-Barth. hosp. ree. XXX). — Gangini. Cancer du pancréas étendu au cholédoque (Riv. clin. e therap., 3). — Blanc. Trois cas de gastro-entérostomose pour cancer du pylore (Loire Méd., 15 fév.). — Roussel. Leucoplasie buccale à forme papillomateuse (Loire Méd., 15 mars). — Deroye et Bidault. Cancer du foie et de l'estomac (Bourgogne Med., Mars). — Montaz. 35 cas de chirurgie de l'estomac pour cancer (Dauphiné Méd., Janvier). — Huchard. Cancer du pancréas (Bulletin Méd., 6 janvier). — Potherat. Sarcome du mésentère (Soc. chir., 13 fév.). — Du Castel. Lymphosarcome de la région anale (Ann. dermat. et syph., Fév.). — Schultz. La pyoctanine dans le traitement du cancer rectal (Bulletin Méd., 24 mars). — Monod (Ch.). Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy (Soc. chir., 19 avril). — Alevoli. Tumeur de la rate, splénectomie (Bulletin Méd , 17 mars). — Cartaz. Deux cas de lymphadénome des amygdales (Bulletin Méd., 8 mai). — Mikulicz. Cent trois opérations sur l'estomac (Bulletin Méd., 5 mai). — Mathieu (A.). Cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme (Bulletin Méd., 12 mai). — Albrecht. Sarcome alvéolaire de l'œsophage (Bulletin Méd., 15 mai). — Vemlechner. Résultat du traitement d'un cancer du rectum (Ibid.). — Von Hacker. Des opérations sur l'estomac dans le cas de cancer (Ibid.). — Störk (O.). Lymphosarcome de l'intestin grêle (Bulletin Méd., 22 mai). — Stroup. Cancer primitif de l'estomac avec généralisation (Rev. Méd. Est, 15 mars). — Hammerschlag. Diagnostic du cancer de l'estomac (Bulletin Méd., 22 mai). — Stroup. Cancer de l'œsophage étendu à l'estomac (Rev. Méd. Est, 1er avril). — Godart-Danhieux. Tumeurs de l'estomac et du duodénum (La policl., Bruxelles, 1er fév.). — Duvivier. Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy (Soc. anat., Avril, n° 6). — Sourdille (G.). Cancer primitif de l'œsophage (J. Méd., Bordeaux, 17 fév.). — Cassaet et Chartres. Epithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre (Ibid.). — Carrière. Cancer latent de l'estomac (Ibid., 10 fév.). — Volpillac. Cancer primitif du pylore (Ibid., 24 mars). — Veliaminov. Traitement du cancer du rectum (Natel., n° 5). Delmas et Cannieu. Sarcome du pharynx (J. Méd., Bordeaux, 7 avril). — Martin. Cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée (Soc. anat., Mai, n° 10). — Mikulicz et Eiselsberg. Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac (XXIVe Cong. Soc. all. chir., Avril). — Kröenlein. Tumeur primitive du pancréas (Ibid.). — Adam. Cancer du cœcum (Tribune Méd , 5 juin). — Lacharrière. Gastrostomie pour rétrécissement néoplasique de l'œso-

phage (Ann. policl., Bordeaux, 1er mai). — Deetjen. Cancer primitif du cholédoque (Deuts. arch. f. Klin. LV). — Lyonnet. Cancer de l'estomac (Mercredi Méd., 23 janvier). — Klemperer. Acide lactique dans le cancer de l'estomac (Ibid., 6 fév.). — Adénot. Cancer du rectum (Ibid., 24 avril). — Lathuraz. Tumeur complexe du mésentère (Ibid.). — Kœrte. Tumeur du cœcum (XXIVe Congr. Soc. all. ch., Avril). — Sacaze. Cancer hépatique avec glycosurie alimentaire (Gaz. hebd. M., 19 janvier). — Rehn. Extirpation du rectum par la voie vaginale (Cent. f. chir.). — Schonwerth. Gastrostomie pour cancer de l'œsophage (Manch. Med. Woch). — Bérard. Tumeur maligne du côlon ascendant (Province Méd., 4 mai). — Lévi et Claude. Cancer colloïde du pylore, résection, récidive au bout de 8 mois (Soc. anat., Mai, n° 11). — Maass. Carcinome de l'estomac (Mercredi Méd., 30 janvier). — Stadelmann. Cancer de l'œsophage ouvert dans l'aorte (Médecine Mod., 29 mai). — Villar (E.). De l'emploi du bouton de Murphy (Gaz. hebd., Méd., 23 mars). — Hamilton. Tumeur cancéreuse du mésocolon (Brit. Med. Journ., 23 fév.). — Blanc. Pièces anatomiques relatives à une gastro-entérostomie (Loire Méd., 15 mai). — Letulle. Lymphadénome du foie, du cœur et des reins (Soc. anat., Mai, n° 12). — Ombrédanne. Cancer de l'œsophage et de l'estomac (Ibid.). — Schmit. Tumeur maligne primitive de l'amygdale droite (Soc. Sc. Ouest IX, 1). — Gilbert et Claude. Cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie (Arch. gén. Méd., Mai). — Dunn. Adénome de la lèvre (Soc. path., Lond., 19 fév.). — Lyonnet. Transformation d'un ulcère de l'estomac en épithélioma (Lyon Méd., 3 mars). — Oppler. Du contenu de l'estomac dans le cancer (Deut. Med. Woch, 31 janvier). — Faulkner. De l'absence de l'acide chlorhydrique libre, signe de cancer de l'estomac (Journ. Amer. Med. Ass., 2 mars). — Lévi (Ch.). Sarcome encéphaloïde de l'S iliaque (Soc. anat., Janvier, n° 1).

Appareil de la circulation

Laisney (V.). Cancer secondaire du cœur et cancer hépatique (Soc anat., avril n° 10). — Lalesque (F.). Adénopathie cancéreuse sus-claviculaire (Mercredi méd., 13 fév.). — Girode. Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires (Bulletin méd., 27 juin). — Sanson et Trésilian. Affection maligne des ganglions médiastinaux (Bret. med. j. 27 avril). — Laisney (V.). Etude sur le cancer du cœur (Thèse Paris).

Appareil de la respiration

Labbé (M.). Sarcome du corps thyroïde, du poumon. Tuberculose pulmonaire (Soc. anat., avril n° 6). — Brindel Epithélioma pavimenteux lobulé du larynx (J. méd., Bordeaux 31 mars). — Péan. Tumeur cancéreuse du larynx; ablation (Ac. méd. 22 janvier). — Jeannel. Epithélioma du larynx, laryngectomie totale (Arch. méd., Toulouse 15 juin). — Bérard. Epithélioma du larynx; laryngectomie totale (Province méd., 22 juin). — D. Courmont. — Enchondrome primitif du poumon (Mercredi méd., 16 janvier). — Æstreich. Carcinome primitif de la trachée (Mercredi méd.,

30 janvier). — Mackensie Booth. Tumeur intra-laryngée, ablation (Brit. méd., 27 avril). — Wolfenden. Papillome récidivant épithélioma (Brit. laryng. Ass. 11 janvier). — Corradi. Adénome de la corde vocale droite (Ann. Mal. de l'Or. janvier). — Bouglé. Tumeur du corps thyroïde (Soc. anat., janvier, n° 1).

Appareil de la sécrétion urinaire

Nitze. Des tumeurs de la vessie et de leur ablation par les voies naturelles (Bulletin méd., 17 mars). — Klein. Sarcome de la vessie chez un enfant (Bulletin méd., 15 mai). — Haushalter. Tumeur maligne du rein chez un enfant de 9 ans (Rev. méd. Est., 1er juin). — Lévi et Claude. Adéno-épithéliome du rein droit; néphrectomie partielle (Soc. anat., mars, n° 4). — Hagon et Texier. Tumeur maligne de la vessie (J. M. Bordeaux, 26 mai). — Voelcker. Carcinome primitif de l'uretère (Soc. path. Lond., 2 avril). — Stroup. Carcinose primitive du rein et ulcère de l'estomac (Rev. méd. Est., 15 mars). — Adénot. Tumeur maligne du col de la vessie (Province méd., 4 mai). — Bérard. Encéphaloïde du rein (Ibid). — Ferria (L.). Variété exceptionnelle d'hématurie dans un cas de tumeur de la vessie (Ann. mal. org. gén., juin). — Guyon. Cystites et néoplasmes de la vessie (Ibid., avril). — Goldberg. — Deux opérations du cancer de la vessie (Cent. f. Krank. Harn. und. Sex. V, 9). — Carcy (P). De l'épithélioma primitif de l'urèthre pré-membraneux (Thèse Paris).

Appareil de la génération

1. — Organes génitaux de l'homme :

Heydenreich. Tumeur du testicule (Rev. m. Est, 1er mars).—Labbé (M.). Cancer du testicule (Soc. anat., fév.). — Pétouraud. Epithélioma du pénis (Province méd., 8 juin). — Wisner (E.). Etude sur le cancer du testicule ectopié (Thèse Paris). — Pauly. Cancer prostato-pubien avec adénopathie sus-claviculaire gauche (Lyon méd., 24 fév.). — Mohr. De l'enchondrome du testicule (Reit. z. Klin. chir. XII).

2. — Organes génitaux de la femme.

W. Thorn. Traitement opératoire du carcinome volumineux de la partie postérieure du vagin (Centr. fur. Epproc., n° 9). — Cottin. Plusieurs cas de sarcome du sein (Bourgogne méd., mars). — Lannois et Regand. Cancer de l'utérus et leucocythémie ganglionnaire (Bulletin méd., 3 janvier). — Horner. Résultats de 172 ablations de tumeurs malignes du sein (Beitrag z. Klin. ch. XII). — Martin. Tumeur énorme de la grande lèvre (Normandie méd., 1er février). — Jayle et Labbé. Néphrotomie pour anurie dans le cancer utérin (Soc. anat., mars n° 3). — Mermet (P.). Cystosarcome hématode du sein (Ibid. avril n° 7). — Hartmann et Toupet. Sarcome chorio-cellulaire (Ann. Gynéc., avril). — Faguet. Tumeur mixte de l'ovaire droit (J. méd., Bordeaux, 10 mars). — Peron. Cancer latent du col de l'utérus. Envahissement des deux uretères (Soc. anat., janvier, n° 1). — Pinard. Cancer de l'utérus pendant la grossesse (Bulletin méd., 12 juin.

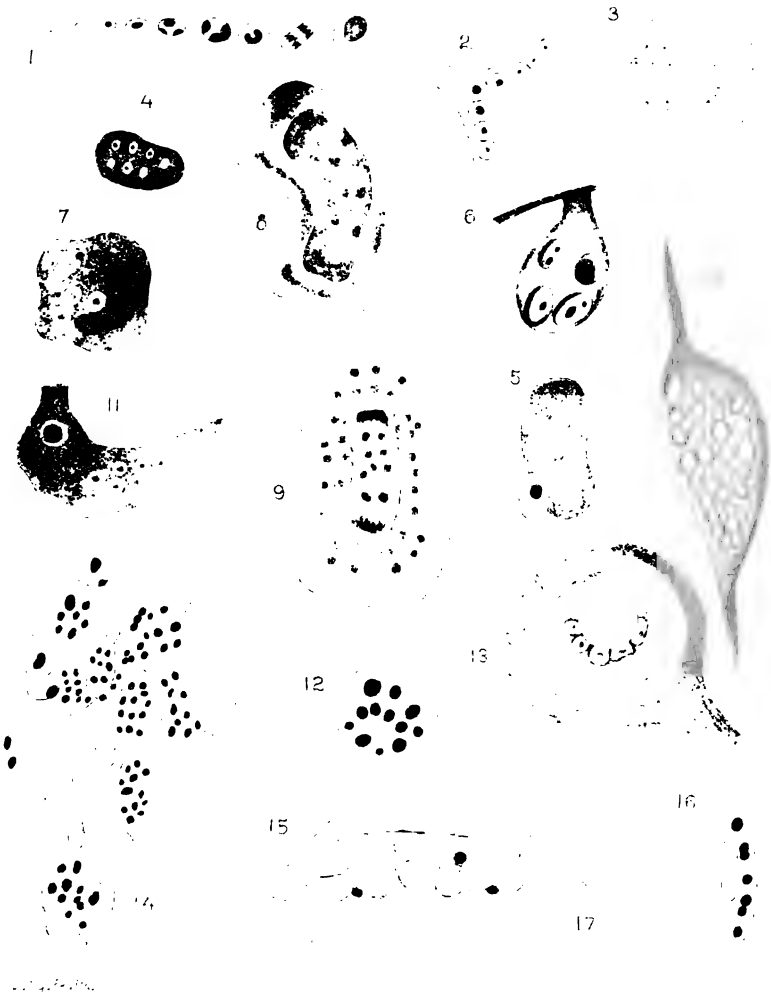
— Fafiousse. Traitement du cancer utérin par les injections d'acide salicylique (Province méd., 18 mai). — Clarke. Sarcome du sein (Soc. path. London, 2 avril). — Condamin. Une forme particulière du cancer utérin (Gaz hebd. méd., 19 janvier). — Olshausen. Extirpation du vagin pour cancer (Cent. f. Gyn.). — Duhrsen. Extirpation du vagin pour cancer (Ibid.). — Remfry. Epithélioma de la vulve (Soc. obst. London). — Jennings. Crayons pour le traitement du cancer utérin (Rev. des mal. des femmes, mai). — Faguet. Epithélioma dendritique du sein gauche (Médecine mod., 6 avril). — Horsley. Squirrhe du sein chez une femme de 23 ans (Médecine mod., 15 mai). — Chavannaz. Obstruction intestinale par sarcome de l'ovaire (J. méd. Bordeaux, 26 mai). — Neugebauer. Psammo-carcinome de la glande mammaire (Arch. f. Klin. chir. XLVIII). — Walther. Cancer colloïde du sein (Presse méd., 2 fév.). — Nepveu. Injection d'huile phosphorée et d'arséniate de soude dans un carcinome du sein (Soc. biol., 4 mai). — Currier. Ablation des tumeurs du sein chez les jeunes femmes (Amer. méd. Bull. 1er avril). — Powers. Technique opératoire des cancers de la mamelle (J. amer. méd. ass. 2 mars). — Bernard. Epithélioma primitif du vagin (Thèse, Paris). — Bold. Traitement palliatif du cancer utérin (Rev. mal. des femmes, 1er janvier). — Davis. Sarcome de l'ovaire (Amer. j. of. obst., mars. — Cordier. Sarcome des ovaires (Ibid., janvier). — Sondheimez. Cancer primitif du corps de l'utérus (Monats. f. Geburts, 4). — Deale. Sarcome du fond de l'utérus (Amer. j. of. obst., fév.). — Jeannel. Du déciduome malin (Arch. méd. de Toulouse, 15 fév.). — Cullingworth. Cancer primitif de la trompe de Fallope (Trans. obst. Soc. Lond., XXXVI). - Lewers. Cancer primitif du corps de l'utérus (Ibid.). — Pozzi. Périnéotomie transversale comme temps préliminaire de l'extirpation du cancer de l'utérus (Rev. int. de thérap., 4). — Duret. Du morcellement dans le cancer utérin (J. sc. méd. Lille, 12 janvier).

Généralités.

Allen Smith. Etiologie du cancer (N. York med. 5 janvier). — Ribbert. Développement des tumeurs (Dentr. med. Woch. 3 janvier). — Morau (H). Le cancer est contagieux (Rev. scient., 12 janvier). — Hanot. Cancer et suppuration (Presse méd. 9 mars). — de Backer et Charlier. Rôle des glycogènes dans le cancer (Rev. gén. antis., 25 mars). — Snow. Conditions de guerison du cancer (Lancet, 12 janv.). — Brocq. Traitement du cancroïde (T. méd. Paris, 13 janv.). — Mortimer-Granville. Traitement du carcinome par le périodure de thalline (Ibid. 9 juin) — Broca (A). Fibrosarcome de la plante du pied (Soc. chir. 2 janv.). — Schwarz. De la théorie parasitaire du cancer (Bull. méd., 3 avril). — Fabre-Domergue. Traitement sérothérapique du cancer (Ibid. 22 mai). — Tillmanns. Etiologie et histogénèse du carcinome (Ibid. 19 mai). — Geissler. Cancer transplanté avec succès sur un chien (Ibid. 19 mai). — Friedrich. Traitement des tumeurs malignes par les poisons bactériens (Ibid.). — Auvray. Cysto-sarcome du bras droit (Soc. anat., fév., n° 2). — Tapret et Macaigne Lymphadénie généralisée (Ibid. Mar. n° 3). — Parmentier et Beusande.

Lymphadénome généralisé de péritoine (Ibid., avril, n° 6). — MERMET (P). Sarcome fasciculé de la nuque (ibid.). — SOURDILLE (G). Sarcome pédiculé de la peau de l'ombilic (ibid). — VOPELIUS. De la tuberculose et du cancer. (T. Méd. Bordeaux, 7 avril). — HERICOURT et RICHET. Traitement d'un cas de sarcome par la sérothérapie (Ac. des Sc., mai). — EMMERICH et SCHOLL. Traitement du cancer par le sérum anti-cancéreux (sérum érysipélatum), (Dentr. méd. Woch. n° 17). — JURGENS. Transplantation du sarcome. (Bulletin méd. 2 juin). — RICHET. Effets toxiques des injections intra-veineuses avec la pulpe de cancers épithéliaux (Ibid., 5 juin). — KAPOSI. Cancer du cuir chevelu (ibid.). — ANGERER. Traitement du cancer par le sérum érysipélateux (ibid., 9 juin). — DELBET. Production expérimentale d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé chez un chien (ibid., 26 juin). — ROUX. Sur l'opérabilité du cancer (Semaine méd., 8 mai). — LOOKWOOD. Diagnostic du sarcome rétro-péritonéal (Soc. méd., London). — FAURE (J.-L.). De l'indolence des néoplasmes (Gaz. hebd. méd., 2 février). — FAURE (J.-L.). Douleurs irradiées dans le diagnostic et le pronostic du cancer (ibid., 16 février). — FAURE (J.-L.). Physiologie de la douleur dans le cancer (ibid., 6 avril). — MAYET. De l'inoculation du cancer (Province méd., 1er juin). — BÉRARD et ROLLET. Epithéliome du cuir chevelu greffé sur une vieille cicatrice (ibid., 16 mars). — BABÈS et STOÏCESCO. Diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques (Progrès méd., 23 février). — JURGENS. Deux cas de myxo-sarcome (Médecine mod., 22 juin). — FRENKEL et SCHACHMANN. Un cas d'épithélioma généralisé (Soc. anat., mai, n° 12). — MERMET (P.). Sarcome mélanique pseudo-alvéolaire du pied (ibid.). — DUPLAY et SAVOIRE. Modifications de la nutrition chez les cancéreux (Bulletin méd. du 19 juin). — DIANA. Epithélioma guéri par les applications de bleu méthyle et d'acide chromique (ibid., 23 juin). — GIBIER. De la sérothérapie dans le cancer (ibid., 26 juin). — BOINET. Toxines cancéreuses (ibid.). — CURTIS. La curabilité des cancers, les ganglions envahis (Méd. Rec., 16 fév.). — COLEY (M.). Traitement des tumeurs malignes par les toxines de l'érysipèle (ibid., 12 janvier). — CLAUDE et TUFFIER. Fibro-sarcome de la paroi abdominale (Soc. anat., 2 février, n° 1). — TILLAUX. Epithélioma de la face (France méd., 4 janvier). — ASLANIAN. De la péritonite cancéreuse (Thèse Paris). HUTTON. Fibro-sarcome du péritoine (Brit. med. j., 5 janvier). — VAN DER STRICHT. Origine et division des noyaux bourgeonnants des cellules géantes sarcomateuses (Ac. des Sc., 25 mars). — GAROFOLO. Un cas de sarcomatose diffuse (Rif. med., 25 janvier). — MARIAGE. Essai sur les tumeurs malignes des enfants (Thèse, Paris). — CLAUDE et PILLIET. Auto-inoculation cancéreuse. Epithélioma de l'avant-bras (Soc. anat., janvier, n° 1). — NIQUET. Causes du cancer en Normandie (Thèse, Paris).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant* : Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.



EXPLICATION DE LA PLANCHE

1. Éléments cellulaires ou corpuscules cellulaires dans le carcinome, etc.
2. Idem.
3. Idem, inclus.
4. Leucocyte.
5. Leucocyte avec noyau transformé en cellule épithéliale (a).
6. Endothélium lymphatique, division tétragénique du noyau.
7. Prolifération du noyau dans la cellule épithéliale.
8. Idem.
9. Corpuscules protoplasmiques et nucléaires.
10. Éléments inclus.
11. Idem.
12. Corpuscules divers colorés.
13. Rangés autour du noyau tombé.
14. Vaisseaux lymphatiques.
    a) Petits épithéliums ;
    b) Lymphocytes ;
    c) Corpuscules libres.
15. Corpuscules, a) dans le sang.
16. Idem. dans un endothélium vasculaire.
17. Corpuscules vus dans le sang général d'une malade atteinte de carcinome du sein.

(*Zeiss, I, 40 et oc. 18*).

REVUE
DES
MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU CANCER DE L'OMBILIC

par le Dr F. VERCHÈRE,
chirurgien de St-Lazare.

Le cancer de l'ombilic, sans être absolument rare, est cependant loin de se présenter à tout instant dans la pratique. Il est cependant d'une grande utilité à connaître et son importance est doublée de ce fait qu'il présente une valeur séméiologique de tout premier ordre.

Comme Damaschino et Villar, dans sa thèse (1886), l'ont bien montré, il existe deux variétés cliniques, distinctes, de cancer de l'ombilic, si on englobe sous ce terme général toutes les tumeurs malignes venant faire *hernie* par l'anneau cutané de la cicatrice ombilicale, ou occupant l'épaisseur même de la paroi au niveau de la région ombilicale. Leur nature est différente, on peut trouver toutes les variétés anatomo-pathologiques de tumeurs malignes connues, et je n'envisagerai nullement les différentes modalités histologiques de ces tumeurs, me contentant d'examiner la question au point de vue exclusivement clinique. Les deux variétés de cancer de l'ombilic, que reconnaissent Damaschino et Villar, sont le *cancer primitif* et le *cancer secondaire de l'ombilic*.

Le cancer primitif de l'ombilic a pour caractéristique de *rester localisé* au niveau de l'ombilic, de ne pas s'accompagner d'une tumeur profonde, de s'infiltrer dans la paroi abdominale dans certains cas, mais de ne pas pénétrer dans le péritoine, de ne pas se généraliser à toute la séreuse et aux organes qu'elle revêt.

L'histoire du cancer primitif de l'ombilic semble remonter à la plus haute antiquité, puisque « Socrate, en parlant des affections

de l'ombilic, signale la production plus ou moins fréquente d'une chair tantôt saine et tantôt d'apparence carcinomateuse et que Celse parle de carcinome de l'ombilic » (Villar). Cependant à une époque plus rapprochée, Fabrice de Hilden *passe* pour avoir publié la première observation indiscutable du cancer de l'ombilic ; puis Civadier et Bérard, Boyer, Nélaton, Hue et Jacquin (1868), Ernst Kuster (1874), enfin Villar, cherchent à faire la lumière sur cette question controversée du cancer primitif de l'ombilic.

Villar, que je veux suivre dans cette partie historique de la question, n'arrive à colliger que treize cas de cancer primitif et en ajoutant : « Malheureusement, dans plusieurs des faits que nous venons de signaler, on s'est contenté ou on a dû se contenter d'une simple histoire clinique ».

Les variétés qui ont été signalées du cancer primitif de l'ombilic paraissent nombreuses et l'on a pu dire que toutes les variétés de cancer ont été vues au niveau de l'ombilic. Cependant si l'on relit toutes les observations publiées, si l'on contrôle celles où l'examen histologique a été soigneusement fait et celles où au contraire l'auteur se contente de dire qu'il avait affaire à telle ou telle tumeur, on est de suite frappé de ce fait que presque seul l'épithélioma ou le papillôme constitue le cancer primitif de l'ombilic. Si je prends seulement les 12 observations rapportées dans la thèse de Villar, je trouve vérifiées histologiquement les tumeurs des observations de Demarquay (obs. LXI), Dolbeau, de Després, de Péan, de Potherat — où toutes étaient des épithéliomas ; sur les huit autres, pour lesquelles l'examen n'a pas été fait, il en est quatre, celles de Fabrice de Hilden, de Civadier, de Bérard, de Richet, où l'histoire clinique des malades permet d'affirmer que l'on avait aussi affaire à un épithélioma pédiculé plus ou moins volumineux mais ayant toujours pris naissance sur le tégument lui-même. Parmi les trois autres, celle de Hue et Jacquin a trait à un cancer colloïde (?) ayant débuté à la suite d'un traumatisme, et celles de Demarquay (obs. LXII et LXIII de la thèse de Villar), qui n'ont pas eu d'examen histologique, ont été diagnostiquées encéphaloïde adhérant au péritoine, c'est-à-dire que l'on ne peut affirmer, faute d'autopsie, que cet encéphaloïde n'était pas une émanation d'un cancer profond.

De cette étude, il résulte qu'aucun fait n'existe de cancer primitif de l'ombilic lui-même. Ceux que l'on a considérés comme tels n'ont pas été l'objet d'un examen suffisant pour entraîner la conviction et ceux qui sont réellement nés primitivement sur la cicatrice

ombilicale sont des cancers de la peau, ce sont des épithéliomes siégeant au niveau de l'ombilic, comme ils peuvent exister sur tout le tégument ; s'ils se présentent au niveau de l'ombilic plus particulièrement qu'en un autre point déterminé, c'est qu'ils trouvent en ce point des conditions de productions plus favorables : Présence d'une cicatrice, d'une sécrétion glandulaire pouvant être plus ou moins irritante, dépressions et anfractuosités où une infection plus facile peut se produire, desquamation plus intime de l'épiderme en ce point, etc. Mais malgré le voisinage immédiat, l'adhérence du péritoine avec la face profonde de la cicatrice ombilicale, dans aucun des cas qui ont été rapportés on ne signale l'envahissement du péritoine, la propagation ou la généralisation de l'épithélioma. S'il existe des ganglions, c'est au niveau du pli de l'aîne qu'il faut les chercher; ils sont rarement envahis. Les observations d'épithéliomas volumineux, d'ulcères sanieux ne relatent qu'exceptionnellement l'adénite épithéliomateuse. Enfin le pédicule est souvent petit, grêle et facilement enlevé, la tumeur n'est pas irrémédiablement suivie de récidives. Lorsqu'il y a adhérences avec la séreuse, celle-ci n'est qu'adhérente, elle n'est pas envahie; elle conserve son rôle de protection; elle forme une barrière que l'épithélioma ne sait franchir. Dans quelques faits la mort fut le résultat de l'ablation ; cas de Richet, cas de Péan, où les deux malades succombent par péritonite aiguë, résultant de l'ablation de la partie adhérente du péritoine sain. C'est aux opérateurs qu'il faut attribuer ces morts et non à la tumeur elle-même. On sait qu'à l'époque où furent faites ces deux interventions combien étaient graves les blessures chirurgicales du péritoine.

Il peut se faire qu'au niveau du point où la tumeur adhère au péritoine, existe une adhérence de l'épiploon, et l'on sait combien sont fréquentes et faciles les adhérences de l'épiploon ; dans ce cas, la tumeur paraîtra faire partie de l'épiploon. Il n'en sera rien. Il existe une adhérence de l'épiploon au péritoine pariétal qui, lui-même, adhère au pédicule de l'épithélioma, mais celui-ci n'atteint pas l'épiploon. Dans le cas de Després, où le fait s'est présenté, il suffit de réséquer le bout adhérent de l'épiploon pour qu'une guérison définitive soit survenue. Le résultat ultérieur eût été certainement tout différent, et la récidive se fût faite à brève échéance si l'épithélioma avait siégé dans l'épiploon.

Tous les faits de cancer primitif de l'ombilic peuvent donc être ramenés au seul épithélioma de la cicatrice ombilicale. Cet épithélioma est justiciable d'une intervention précoce et radicale et la

guérison peut être considérée comme définitive, si l'on est intervenu à temps.

Cette tumeur mérite-t-elle une mention spéciale, et faut-il la faire rentrer dans la classe des tumeurs graves que l'on est accoutumé de rencontrer à l'ombilic? Mérite-t-elle en un mot le titre de cancer de l'ombilic ? Je ne le pense pas, et c'est dans ce but que j'ai insisté sur son mode d'évolution, sur la marche qu'elle a suivie dans les observations que l'on a rapportées, que j'ai cherché à démontrer que les faits du cancer primitif de l'ombilic ne sont en réalité que des épithéliomas, et que si l'épithélioma mérite par définition le nom cancer, il faut avoir grand soin de le différencier du véritable cancer à marche envahissante, à généralisation possible sinon constante, à récidive pour ainsi dire inévitable, que l'on rencontre au niveau de l'ombilic, mais qui alors n'est pas primitif, mais bien l'expansion au dehors, en un point faible de la paroi, par envahissement de celle-ci, d'un cancer péritonéal généralisé. C'est ce que l'on a appelé le cancer secondaire de l'ombilic, c'est ce qu'il faudrait, je crois, plus légitimement dénommer *péritonite cancéreuse avec bourgeonnement ombilical.*

L'importance de cette notion est considérable et du reste n'avait point échappé aux auteurs qui ont traité de la question. Suivant moi, ils n'ont pas été suffisamment affirmatifs et je voudrais que le mot de cancer de l'ombilic disparût comme entité morbide, que l'on soit plus exclusif, que l'on ne fasse pas un chapitre à part du cancer de l'ombilic, et que son histoire rentre dans l'histoire de la péritonite cancéreuse, dont il n'est qu'une émanation, et dont souvent il n'est que le premier symptôme.

Cette notion nous la trouvons exprimée par Catteau, dans sa thèse (1876) : « Dans les cas de péritonites cancéreuses, dit-il, on peut voir survenir une induration de l'ombilic avec ou sans exulcération ; et comme corollaire toutes les fois qu'il existera une induration ou une exulcération ombilicale, il faudra songer à la péritonite cancéreuse ». Nous la retrouvons aussi et développée comme elle mérite de l'être, dans le très remarquable travail de Villar, qui arrive à cette même conclusion à laquelle je veux tendre moi-même : « à l'ombilic, l'épithélioma est presque toujours primitif, le carcinome au contraire est le plus souvent secondaire ». Plus loin : « le cancer secondaire de l'ombilic peut être la conséquence d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen; son degré de fréquence n'est pas encore bien établi. Ce cancer secondaire débute toujours par la face péritonéale de l'ombilic; il semble lié à la présence

d'une péritonite cancéreuse et se développe peut-être le long des vaisseaux du ligament suspenseur du foie ».

On le voit, les restrictions de Villar sont encore notables, et il me paraît qu'il faut être plus affirmatif. Le professeur Demons, au Congrès de Gynécologie de Bordeaux (1895), insistait dans le même sens, dans sa communication, sur l'importance diagnostique de l'examen de l'ombilic. Les symptômes qui accompagnent ces cancers de l'ombilic devront être bien connus ; il faudra parfois les rechercher avec soin ; dans quelques cas le cancer de l'ombilic pourra être le seul signe d'une péritonite cancéreuse, c'est cette notion que je veux établir et dont il est facile de comprendre toute l'importance.

Au mois de mars dernier (1895), j'étais appelé par mon confrère le Dr David (de Compiègne), auprès d'une malade âgée de 55 ans, et qui, depuis quelques jours, présentait des phénomènes rappelant ceux de l'obstruction intestinale. D'une très bonne santé ordinaire, cette malade avait été prise presque subitement de coliques très douloureuses, de vomissements, le ventre s'était météorisé, et les selles presque complètement abolies. Cet état s'accompagnait d'une soif vive, de perte d'appétit, de lassitude.

Lorsque j'examinai cette malade, je fus frappé du ballonnement du ventre ; celui-ci était sonore, en aucun point je ne trouvai de matité, sauf au niveau des flancs, où il ne me fut pas difficile de trouver un notable degré d'ascite. Ce qui avait déterminé mon confrère à réclamer les secours de la chirurgie, c'était la présence, au niveau de l'ombilic, d'une tumeur du volume à peu près d'une demi-pomme d'api, hémisphérique et occupant la loge ombilicale. Cette petite tumeur était dure, rouge, ulcérée à sa surface, lisse et régulière. Elle était encerclée par un sillon creux, linéaire, dont les bords étaient formés par la peau saine, formant un anneau ; avec un stylet ou une sonde cannelée, on pouvait constater facilement à cette tumeur un apparent pédicule, dont le diamètre ne dépassait certainement pas celui du petit doigt. Au-dessous et se continuant sous la peau non adhérente, on sentait un épaississement, un véritable verre de montre, au centre duquel était insérée la tumeur. C'était une induration bien exactement, bien régulièrement circulaire. Elle ne paraissait pas avoir d'adhérence avec les parties profondes et était tout entière logée dans la paroi.

Dès ce moment, je pensai à une péritonite cancéreuse avec propagation vers l'ombilic. Je me mis en devoir de rechercher l'origine de cette péritonite. Je pratiquai le toucher rectal, le toucher vagi-

nal ; j'interrogeai la malade sur les fonctions de l'estomac, de l'intestin, sur l'état antérieur du foie, il me fut impossible de rien trouver qui pût me renseigner. Aussi je me résolus à intervenir conservant l'espoir que j'avais affaire à un cancer primitif de l'ombilic.

J'opérai la malade le 7 mars, avec l'assistance du Dr David et de mon interne M. Chastanet. Je fis une double incision circonscrivant l'ombilic et distante d'un centimètre à peu près des bords cutanés de la cicatrice. Je pus ainsi vérifier l'existence du pédicule de la tumeur et la suivre à travers les lèvres de l'anneau aponévrotique. Au-dessous de celui-ci, je trouvai une plaque péritonéale d'une épaisseur de 1 centimètre à peu près, que je pus isoler de la paroi et que j'enlevai très facilement. Le ventre était alors ouvert et je pus constater l'état de l'abdomen.

Toute la paroi antérieure était parsemée de petites papules cancéreuses, d'un blanc jaunâtre et donnant l'aspect d'une véritable éruption. Sur l'intestin je trouvai des noyaux semblables, mais en aucun point je ne perçus de tumeur véritable, isolable, et d'un volume notable. C'était une généralisation péritonéale disséminée, à point de départ viscéral très certainement, mais qu'il me fut impossible de déterminer. Je pus facilement faire la suture de l'abdomen, mais la malade succomba, dans un bref délai, aux progrès de son affection.

Cette observation peut être considérée comme un type de ce que l'on rencontre dans les cas de cancer vrai de l'ombilic, et toujours au-dessous de cette insertion superficielle du cancer, se trouve une généralisation vers le péritoine. La généralisation marche de la profondeur vers la superficie, et c'est au niveau du point le plus mince de la paroi que se produit cette apparition à l'extérieur du bourgeon cancéreux.

Le cancer, point de départ de cette péritonite cancéreuse, peut rester latent, il peut présenter les dimensions les plus petites. C'est une infection locale dont la gravité cache en quelque sorte la tumeur d'origine.

Les observations où se rencontre cette impossibilité de préciser l'existence d'une péritonite cancéreuse, sont encore assez fréquentes. M. Aslanian, dans sa thèse sur la péritonite cancéreuse, en rapporte, à un autre point de vue, une parfaitement nette (Obs. LXX, p. 135).

Mme F.-G., âgée de 35 ans, est accouchée, au mois de juin 1893, d'un enfant né à terme qu'elle a allaité. 15 jours après l'accouche-

ment, elle a commencé à souffrir de coliques abdominales. Puis elle a constaté le développement d'une induration au niveau de l'ombilic. Le néoplasme a fini par ulcérer la peau de cette région. C'est alors que la malade est entrée à l'hôpital, pour y faire extirper sa tumeur ombilicale.

Pendant cette intervention chirurgicale, on a constaté la présence de noyaux métastatiques sur la séreuse viscérale et sur le péritoine pariétal. La malade est sortie de l'hôpital, guérie de sa plaie opératoire, mais elle a continué à dépérir, son appétit diminue de plus en plus, elle a maigri et pâli. La mort survient un an après la première intervention. A l'autopsie, on trouva un cancer occupant tous les organes contenus dans l'abdomen.

Cet envahissement de tous les organes se fait très certainement par l'intermédiaire de leur tunique séreuse. Il y a une première tumeur, celle-ci ayant pris naissance dans un organe abdominal ; celui-ci est envahi de proche en proche jusques et y compris sa tunique séreuse. Il peut se faire aussi que la tumeur primitive ait apparu à la surface de l'organe et que d'emblée, en quelque sorte, le péritoine ait été envahi, alors même que le néoplasme primitif n'a qu'un tout petit volume ; de là l'explication toute facile des cas restés latents dont j'ai parlé plus haut. Puis, peu à peu les organes sont atteints simultanément ou successivement et peuvent être, suivant leur structure ou leur prédisposition, beaucoup plus atteints que l'organe primitivement attaqué. D'où l'extrême difficulté de retrouver celui-ci lorsqu'on fait l'autopsie de ces cas généralisés.

Par quel mécanisme se fait cette dissémination dans le péritoine des tumeurs malignes des organes abdominaux. Il me suffit de rappeler que le cancer trouve dans les interstices conjonctifs des organes des travées de propagation, qu'il suit ces faisceaux tout préparés à lui servir de guide — que le système lymphatique dont fait partie le tissu conjonctif est le milieu favorable par excellence à la propagation cancéreuse, que les vaisseaux comme les ganglions sont les premiers atteints de cancer secondaire, je dirai plutôt de cancers transportés à distance, transplantés et s'installant pour ainsi dire dans un nouveau foyer. Ainsi se forment les lymphangites, les adénites cancéreuses et aussi les noyaux métastatiques. — N'en sera-t-il pas de même quand il s'agira du péritoine, cette séreuse, type du tissu conjonctif, faisant partie intégrante du système lymphatique. Est-il possible de trouver un terrain mieux prédisposé à la prolifération cancéreuse. La théorie lymphatique a eu

ses défenseurs. Chuquet(1), Courtois-Suffit(2), Ehrlich(3) attribuent aux vaisseaux lymphatiques le rôle de disséminateurs des produits cancéreux. Mais cet exclusivisme ne peut guère être admis. Ehrlich déjà admettait primitive la propagation lymphatique ; il était logique, d'après l'aspect présenté par les tissus, d'admettre un ensemencement direct par les produits détachés de la tumeur elle-même. C'est à ce dernier mécanisme que Ménétrier, Poupinel, Quincke se rallient. Ils admettent que le liquide de l'ascite, presque constant dans le cancer généralisé du péritoine, tient en suspension ces produits qui vont se greffer, s'inoculer en des points plus ou moins éloignés de la tumeur primitive et plus ou moins nombreux. C'est à un processus analogue que Quénu, Terrier rattachent l'existence des généralisations cancéreuses consécutives aux kystes de l'ovaire: Ils admettent une érosion de la poche qui peut être aussi petite que possible, par laquelle s'échappent les végétations des kystes ; dès ce moment les cellules épithéliales ou les éléments parasitaires sont versés dans le péritoine avec le produit de sécrétions des kystes papillaires.

Aslanian, dans sa thèse, à laquelle nous avons, du reste, fait quelques emprunts, se rattache à ce mécanisme qui ne paraît pas devoir être attribué aux seuls kystes malins de l'ovaire ; « il en est de même, dit-il, pour les tumeurs malignes de tous les autres organes de l'abdomen, que pour les tumeurs solides de l'ovaire. La contamination péritonéale est impossible tant que la séreuse qui les couvre n'est pas envahie, c'est-à-dire tant que la tumeur n'est pas ulcérée dans la cavité péritonéale. Ce n'est qu'à ce moment que les produits de sécrétion et les éléments figurés détachés de cette surface libre peuvent être transportés loin, pour créer des foyers métastatiques... L'absence d'un épanchement ascitique appréciable dans quelques rares observations de péritonite cancéreuse ne constitue pas une contre-épreuve de la théorie que nous soutenons. On a trouvé en effet, dans ces cas, quelques cuillerées de liquide péritonéal qui a suffi pour transporter les cellules ou les parasites cancéreux en des régions éloignées.

La laparotomie pour les tumeurs ovariques a plus d'une fois causé l'infection du péritoine par la rupture d'une poche kystique et l'irruption du contenu dans la cavité de cette séreuse (Aslanian, p. 54). Poupinel a réuni dans sa thèse 14 observations, où la métas-

(1) Thèse de Paris.
(2) Traité de médecine.
(3) Ehrlich. Charité Annalen, 1880.

tase cancéreuse est manifestement consécutive à l'intervention chirurgicale.

On conçoit, d'après le mécanisme invoqué pour expliquer l'apparition au niveau de l'ombilic d'une tumeur cancéreuse, que le début de l'affection se fasse dans la profondeur ; c'est au niveau du péritoine qu'apparaît la première plaque néoplasique. Celle-ci peut présenter les dimensions les plus variables. Elle peut être à peine d'un centimètre de diamètre, le plus souvent elle a 4 ou 5 centimètres, enfin dans quelques cas, elle occupe une beaucoup plus large surface. Elle est d'ordinaire arrondie, régulière, recouverte de toute la paroi superficielle, ayant la cicatrice ombilicale pour centre. Elle passe pendant de longs mois inaperçue, elle se confond comme les autres plaques du péritoine pariétal avec la paroi et souvent, malgré la plus grande attention, sa situation profonde, sa protection par les muscles plus ou moins contractés, ne permettront pas de la sentir. On ne peut plus la méconnaître lorsque survient au centre de l'ombilic la hernie cancéreuse, le bourgeon néoplasique.

Celui-ci traverse directement l'anneau aponévrotique, puis vient faire saillie à l'orifice cutané en le déplissant, en l'étalant d'abord, puis en l'ulcérant ensuite. A ce moment, l'aspect est absolument caractéristique. On a un bourgeon végétant, d'ordinaire régulier, rouge, saignant quelquefois, absolument sphérique et occupant toute la cavité de la cicatrice ombilicale. Autour de lui règne un sillon peu profond mais bien régulier, suivant exactement la circonférence du bourgeon et limité par les lèvres mêmes de la cicatrice cutanée, *qui ne sont nullement envahies par le néoplasme.* Vient-on à promener un stylet dans ce sillon, on peut constater facilement que le bourgeon central est manifestement pédiculé et qu'il sort, parfois très étroit, par l'orifice aponévrotique de l'ombilic. Un examen superficiel permettrait de croire que l'on est en présence d'un papillome de l'ombilic, à insertion funiculaire au niveau de l'aponévrose, c'est-à-dire à une lésion facilement opérable.

L'aspect que présente le cancer de l'ombilic est en effet presque identique à celui de l'épithélioma, du papillome de l'ombilic, même situation, même couleur, même accroissement. C'est en palpant profondément la paroi ombilicale, que l'on peut en faire la distinction. C'est la plaque péritonéale ombilicale qui révèle au chirurgien la gravité du cancer de l'ombilic et surtout son origine. Cette tumeur de petit volume, en apparence pédiculée, ce bour-

geon émergeant à peine de la cicatrice ombilicale, est le symptôme principal de la péritonite cancéreuse. Il est parfois le seul symptôme, il est parfois le premier signe par lequel il est possible de le soupçonner.

La caractéristique, je le répète, du cancer de l'ombilic, c'est l'induration en verre de montre du centre de laquelle s'élève le bourgeon qui s'étrangle au niveau de l'orifice aponévrotique de l'ombilic pour venir s'épanouïr *dans toute la cavité ombilicale sans l'envahir.*

Nélaton et après lui Villar ont très soigneusement et avec juste raison insisté sur la présence du cancer secondaire de l'ombilic, et Nélaton lui avait déjà donné le nom caractéristique de *cancer en bouton de chemise.* Nulle comparaison ne peut mieux rendre la disposition que présente le cancer de l'ombilic. Lorsqu'on la reconnaît chez le malade, on peut être assuré que l'on a affaire à un cancer secondaire. Dans quelques cas l'épithélioma peut présenter une base assez large qui peut, à un examen superficiel, donner la même impression que le cancer en bouton de chemise, mais il suffira d'examiner soigneusement la région pour constater que cette base répond à toute l'étendue de la tumeur, qu'elle n'est pas surmontée à son contour du pédicule étroit qui surmonte le champignon intra-ombilical, enfin que la cicatrice ombilicale est envahie par le néoplasme et ne l'enserre pas sans être elle-même atteinte par le cancer.

Ce signe est le principal qui permette de reconnaître le cancer de l'ombilic et l'on conçoit toute son importance lorsque, comme je l'ai dit, on se rappellera que la tumeur de l'ombilic est parfois le seul et le premier symptôme d'une péritonite cancéreuse latente.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Il sera quelquefois possible, par une palpation attentive, de retrouver dans la cavité abdominale des noyaux, des indurations, de véritables tumeurs qui ne laisseront aucun doute sur l'origine du cancer de l'ombilic. Malheureusement la recherche de ces greffes péritonéales sera le plus souvent infructueuse ; leur petit volume, l'épaisseur de la paroi abdominale et la présence d'une ascite parfois fort abondante ne permettent pas de les reconnaître. Il sera souvent plus facile de retrouver la tumeur viscérale primitive soit par les symptômes physiques qu'elle présente, soit par les symptômes fonctionnels qu'elle provoque.

Enfin il est un signe des plus importants, c'est l'ascite qui accompagne le cancer de l'ombilic. On pourra presque toujours être assuré

qu'il est secondaire, lorsqu'il existe un épanchement de liquide dans l'abdomen, celui-ci n'existant pas dans les cas d'épithélioma primitif de l'ombilic. J'ai déjà montré toute l'importance qu'on lui avait attribuée au point de vue de la généralisation du cancer de l'abdomen, je n'insisterai pas.

A côté de ces symptômes locaux, si je puis dire, du cancer de l'ombilic, il faut placer les symptômes généraux, l'état d'amaigrissement du malade, le faciès cancéreux caractéristique, l'inappétence, puis enfin les troubles apportés par le cancer initial, différents suivant l'organe qu'il occupe et que je ne puis énumérer, mais qui varient, je pourrais presque dire, à l'infini, puisque tous les organes contenus dans l'abdomen ont pu être l'origine d'une péritonite cancéreuse.

En résumé, trois symptômes du cancer de l'ombilic permettent de faire le diagnostic, qui peuvent exister simultanément, mais qui aussi peuvent se présenter isolément. Ce sont : la forme en bouton de chemise du cancer, la présence de l'ascite et l'existence dans l'abdomen d'une autre tumeur perceptible par la palpation, ou soupçonnée par les symptômes fonctionnels qu'elle détermine.

On conçoit toute l'importance d'un diagnostic précoce au point de vue thérapeutique. L'épithélioma enlevé dès son début, dans la plupart des cas observés, n'a pas récidivé. Le néoplasme secondaire entraîne fatalement la mort. « Ne pourrait-on, dit Villar, rapprocher ce fait de la phlegmatia alba dolens à laquelle Trousseau accordait une si grande importance. » L'apparition du cancer secondaire de l'ombilic permet de présager une mort prochaine.

Cependant, Villar dit que le seul traitement des tumeurs malignes de l'ombilic consiste à les enlever le plus tôt possible et aussi radicalement que possible.

Je serai volontiers de son avis, tant qu'il reste le plus léger doute sur la nature et l'origine du cancer de l'ombilic. Il pourrait, par le plus grand des hasards, se faire que l'on ne se trouve pas en présence d'un cancer de l'ombilic et l'on aurait les regrets de ne pas avoir opéré. Si cette détermination opératoire est acceptable, elle a pour sa défense la certitude de ne jamais être nuisible au malade. Si l'on suppose qu'après l'incision de la paroi abdominale, on se trouve en présence d'une péritonite cancéreuse généralisée, on en sera quitte pour avoir fait une opération incomplète, n'avoir enlevé qu'un des foyers cancéreux, et la suture de la *laparectomie* se réunira tout aussi bien que si l'on avait opéré un foyer unique.

Il n'en sera pas de même, lorsque le diagnostic a pu être fait,

lorsque l'on a constaté l'existence d'une généralisation ; dans ce cas, il faut s'abstenir et s'en tenir aux moyens palliatifs, hélas ! tous peu efficaces.

Comment doit-on procéder à l'exérèse du cancer de l'ombilic. Nicaise, Villar conseillent de diviser la tumeur en deux parties et de disséquer chaque partie isolément, puis d'enlever l'anneau et le péritoine si elle lui adhère, avant de terminer par des sutures profondes et superficielles.

Je crains que ce procédé n'expose à quelque inoculation pendant l'intervention, et je conseillerai, comme l'ont fait la plupart des auteurs dont les observations ont été publiées, comme je l'ai fait moi-même, dans l'observation que j'ai rapportée plus haut, de circonscrire la tumeur par une incision elliptique, puis d'enlever directement et délibérément la région de la paroi abdominale, siège d'une induration. Il sera facile ensuite de faire une suture à trois plans et de refermer la paroi abdominale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

par le Dr M. ISCH-WALL

ancien Interne des Hôpitaux.

Quelle que soit la cause réelle du cancer, il est certain que le terrain joue un grand rôle sur sa production. — Si l'on admet que la carcinose est due à un micro-organisme, cette connaissance du terrain conserve toute sa valeur, car aucun microbe, parmi ceux que nous connaissons jusqu'ici, n'exerce, au même degré, son action nocive sur tous les individus. En ce qui concerne les tumeurs malignes, on peut dire, avec Gratia et Lienaux, que leur transmission n'est, à la rigueur, possible que chez les individus exceptionnellement prédisposés, tels que les cancéreux eux-mêmes.

Si donc on veut étudier des moyens curatifs pour les tumeurs malignes, deux procédés pourront être recherchés : trouver une substance capable de détruire l'agent microbien générateur de la néoplasie ; ou bien déterminer des substances capables de modifier

l'organisme au point de le rendre impropre à la prolifération pathologique des éléments du néoplasme.

En d'autres termes, on peut s'adresser à la cause ou bien au terrain.

Les causes du cancer, du sarcome, des malignomes en général, nous sont inconnues, et les recherches que l'on peut entreprendre de ce côté sont particulièrement difficiles.

On a cherché à atténuer, sans succès d'ailleurs, les sucs cancéreux eux-mêmes. Personnellement, j'ai tenté des injections de suc cancéreux, diversement modifié, à des chiennes cancéreuses. J'ai notamment essayé d'atténuer le suc cancéreux en l'étendant dans l'eau stérilisée, en le congelant, en le chauffant. J'ai essayé aussi des inoculations avec des morceaux de tumeurs malignes desséchés, suivant une méthode analogue à celle employée pour les moelles d'animaux enragés. Tout cela ne m'a pas réussi.

J'avais commencé mes expériences dans le laboratoire de mon regretté maître, le Professeur Verneuil, je les ai poursuivies depuis chez M. Laborde, dans d'autres laboratoires encore ; je poursuis toujours ces mêmes recherches, et les résultats en sont constamment négatifs.

Le procédé que M. Richet a récemment préconisé ne semble avoir donné que des espérances, puisqu'on n'en parle plus guère maintenant.

Divers auteurs, Emmerich, Scholl et récemment Schüller ont tenté la cure du cancer par les injections de sérum érysipélateux.

Schüller publie même un cas de guérison obtenu par ce procédé. Czerny, qui a eu recours à cette méthode, croit qu'elle peut tout au plus ralentir l'évolution du néoplasme.

J'ai essayé il y a quelques années dans le service de mon cher maître, le Docteur Reynier, de faire, dans des néoplasmes inopérables, des injections avec des cultures de Bacillus Prodigiosus. M. Marie, de l'Institut Pasteur, m'a assisté dans ces expériences qui ne nous ont donné aucun résultat, mais que nous n'avons peut-être pas poussées assez loin.

L'observation de Schüller relative à une guérison de cancer du sein par le sérum érysipélateux est des plus intéressante, mais elle n'est pas absolument complète et l'auteur la publie alors que le néoplasme est à peu près, mais pas absolument disparu.

Quoiqu'il en soit, il prétend que la guérison est certaine et que la malade, considérée d'abord comme inopérable, a repris toutes les apparences de la santé.

La lecture de ce fait m'a remis en mémoire un cas bien curieux de guérison de tumeur maligne que j'ai obtenue moi-même dans un cas différent et que je vais relater après l'avoir fait précéder des considérations nécessaires pour faire comprendre dans quelles conditions j'ai eu à intervenir.

J'ai dit les insuccès de mes expériences lorsque je cherchais un moyen de détruire ou d'empêcher d'évoluer les microbes hypothétiques du cancer et des autres tumeurs malignes.

Dans une autre série d'expériences j'avais cherché à modifier le terrain cancéreux et pour cela j'avais fait des injections de divers sérums animaux, de divers sucs organiques, de diverses substances médicamenteuses.

J'en étais arrivé à essayer, après bien d'autres, les sucs extraits des testicules de divers animaux, lorsque je fus appelé à donner mes soins à un de mes anciens opérés.

Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, ayant été plusieurs fois opéré pour une épulis siégeant au niveau d'une incisive. Il vint me consulter, porteur d'une récidive de son néoplasme. La tumeur qu'il présentait était allongée et parcourait tout le rebord alvéolaire inférieur, depuis les petites molaires de droite jusqu'à celles de gauche, elle formait un bourrelet dur et saillant de la grosseur d'un fort manche de porte-plume ; il y avait quelques petits ganglions dans la région sous-maxillaire, mais ils n'étaient pas très durs et pouvaient être mis sur le compte d'infection partant de petites ulcérations du bord libre de la tumeur. Celle-ci faisait absolument corps avec les os sous-jacents, elle était l'origine de vives douleurs, s'opposant à la bonne alimentation du malade dont l'état général était, par conséquent, peu satisfaisant.

J'enlevai cette tumeur ainsi que toute la portion de maxillaire voisine en dépassant très largement les limites du mal et mon malade se rétablit promptement sans aucun accident ni incident. Son état général se remonta et pendant dix mois la guérison fut complète.

L'examen de la tumeur nous révéla, comme nous nous y attendions, un sarcome.

Dix mois après mon intervention mon malade présenta des troubles inquiétants : fatigue générale, pâleur, abattement, tendances à la syncope. Son faciès devint rapidement celui d'un cachectique et, en même temps que cette altération de l'état général, les ganglions du cou devenaient énormes. Derrière l'angle de chaque mâchoire, je vis en effet se former des masses ganglion-

naires grosses comme des œufs de poule et d'une dureté pierreuse. Sous la mâchoire même, d'autres ganglions très durs se formèrent et grossirent.

D'autres ganglions se montrèrent bientôt, avec les mêmes caractères, dans les aisselles et aux aines. Là ils formaient des masses aussi grosses et aussi dures que derrière les angles de la mâchoire.

Il n'y avait pas de doute possible sur le diagnostic : il s'agissait de sarcomatose généralisée aux ganglions.

Devant ces lymphosarcomes multiples il ne pouvait être question d'intervention chirurgicale. Je proposai à mon malade, dont l'état général était des plus mauvais, de le remonter à l'aide du suc testiculaire de taureau que j'expérimentais en ce moment.

Je n'espérais ainsi que lui rendre un peu de forces, comme, du reste, avec n'importe quel autre sérum, car j'avais précédemment expérimenté dans des cas différents ces extraits organiques variés qui m'avaient assez bien réussi pour relever des états généraux défectueux.

Je fus très heureusement surpris en voyant que non seulement mon traitement, répété chaque jour, relevait les forces de mon malade, mais encore que les masses ganglionnaires perdirent de leur dureté et de leur grosseur, si bien qu'au bout d'un mois la guérison semblait assurée. Les ganglions étaient encore durs, mais bien plus petits, et le patient avait repris assez de force pour vaquer à ses occupations et même pour voyager. Avant ce traitement il ne pouvait faire le moindre effort sans être pris de fatigue et de lipothymies.

Je cessai les injections de suc testiculaire à cause des douleurs qu'elles produisaient et je les remplaçai par des injections d'un sérum artificiel que le Dr Albert Robin avait mis à ma disposition. Comme je n'avais qu'une petite quantité de ce sérum je ne l'employai que tous les deux jours, me servant le jour intermédiaire d'une solution injectable de glycérophosphates de chaux et de soude.

Par ce traitement les ganglions continuèrent à diminuer, si bien qu'au bout de deux mois le malade était complètement guéri, ainsi qu'a pu s'en assurer le docteur Robin, à qui j'ai eu l'occasion de le montrer.

Voilà donc un malade guéri, par des injections de divers sérums artificiels et de suc testiculaire, d'un sarcome récidivé dans les ganglions. Nul doute sur la nature maligne de la tumeur originelle : c'était un sarcome récidivé. Nul doute clinique possible sur la

nature des ganglions pris secondairement, car je ne connais aucune affection générale du système ganglionnaire qui amène rapidement un tel développement et une telle dureté des ganglions, si ce n'est le lymphosarcome.

Eh bien ! tout cela a guéri (et la guérison se maintient depuis huit mois), par des injections simplement dirigées contre un état général plus que défectueux.

Il me semble donc admissible qu'en modifiant le terrain sur lequel évolue un néoplasme on peut modifier, guérir même, ce néoplasme.

Je me souviens avoir entendu raconter un fait analogue à celui que je publie et il me semble que c'est M. Cuffer qui en faisait la relation dans une conversation à l'hôpital Tenon.

En présence d'un cas semblable, où la thérapeutique ne peut, suivant toutes les probabilités, n'avoir été efficace que par les modifications qu'elle a produites dans ce terrain, nous pouvons nous demander quelle part il faut attribuer, dans les injections de sérum érysipélateux, à une antitoxine cancéreuse, à une substance bactéricide capable de détruire l'agent pathogène du cancer, à un sérum modifiant le terrain sur lequel le néoplasme évolue.

Le sérum de M. Richet semble, à l'origine, avoir donné des résultats.

Le sérum de Scholl, Emmerich, Schüller, a donné des succès.

Mes sérums, que j'appellerai sérums indifférents, m'ont fort bien réussi, et ont réussi à d'autres, si mes souvenirs concernant le malade de M. Cuffer son exacts.

Il semble résulter de tout ceci que, dans certains cas de néoplasmes malins, un sérum quelconque, régulièrement injecté au malade, peut amener une guérison apparente, peut-être réelle, dont il n'est plus permis de douter aujourd'hui.

Il faudrait savoir si tel sérum ne réussira pas chez un malade déterminé, alors qu'un autre sera efficace chez un autre patient.

En tout cas, nous ne sommes pas absolument désarmés contre le cancer, et je suis résolu à essayer désormais, sur les malades inopérables, tous les sérums non dangereux dont nous disposons; peut-être pourrons-nous montrer quel est celui qui convient pour chaque néoplasme en particulier ; mais nous pensons, *à priori*, que le sérum est indifférent, ceux que nous possédons n'agissant, selon toute vraisemblance, que pour remonter l'état général et le rendre capable de lutter contre l'envahissement néoplasique.

Quel est le rôle de ce sérum sur la phagocytose ? Je cherche à

élucider ce problème en ce moment, et peut-être trouvera-t-on là l'explication du mode d'action de ces agents thérapeutiques.

Donc les sérums qui ont donné des succès paraissent agir en remontant l'état général; il est possible qu'ils activent la phagocytose et augmentent les ressources de l'organisme, en lutte contre des bactéries.

La connaissance exacte du terrain sur lequel évoluent les néoplasmes peut aider puissamment à la solution de ces problèmes. Prochainement nous publierons un mémoire sur ce sujet et nous essaierons au moins d'éclaircir cette question, encore si obscure, du terrain cancéreux.

Ce qu'il faut retenir, au point de vue pratique, de ce que nous venons de dire après beaucoup d'hésitations, car il est toujours délicat de raconter des succès quand il s'agit du cancer, c'est que nous sommes un peu moins désarmés qu'on ne le dit généralement dans notre lutte contre les tumeurs malignes. Nous possédons une arme bien faible, bien infidèle, mais c'est une arme, et nous serions coupables de ne pas nous en servir.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE L'OREILLE MOYENNE (1).

par le Dr G. MARCHAL

Symptômes

Les tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne sont heureusement rares : mais leur début insidieux, leur évolution en général rapide, l'allure des otites chroniques qu'elles simulent, leur envahissement précipité, non tant des ganglions lymphatiques que des parties osseuses voisines, leur donnent une place spéciale parmi les affections graves et irrémédiables.

Ces tumeurs ne s'attaquent pas toujours à des individus ayant déjà eu des affections antérieures des oreilles (otites

(1) Georges Marchal : Etude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (Thèse de Paris, n° 275, 1895).

chroniques, vieilles suppurations, nécroses osseuses) ; elles peuvent survenir chez des gens en bonne santé et dont les oreilles n'ont pas eu d'histoire.

Mais chez ces derniers, il est facile de découvrir, par une interrogation minutieuse, des symptômes qui prouvent que, quelque temps avant l'éclosion du néoplasme, l'oreille, qui semblait saine, était déjà atteinte. Dans l'observation I la malade nous dit avoir eu, depuis trois ans, des démangeaisons insupportables dans le conduit externe, lequel était sec et ne secrétait plus de cérumen, et en même temps des troubles de l'audition : légère surdité, quelques bourdonnements, symptômes peu importants auxquels elle n'avait pas prêté grande attention. Ne voit-on pas là les signes d'une sclérose au début? Cette oreille, qui semblait normale, était donc déjà malade.

Dans l'observation II, ce fut à la suite d'une chute qu'apparut la surdité.

Chez ces malades, dont la caisse n'était pas atteinte de suppuration, les premiers symptômes se rattachant à l'histoire de la maladie cancéreuse rappelaient tout-à-fait ceux de l'otite moyenne suppurée.

Dans l'observation II, le diagnostic fut fait dans ce sens, s'appuyant sur les signes suivants : douleurs locales avec irradiations hémicrâniennes, bourdonnements, puis écoulement de pus ; enfin apparition de bourgeons charnus.

Chez les malades, au contraire, dont l'oreille est le siège d'une suppuration ancienne, et c'est le cas le plus fréquent, suppuration remontant parfois à la première enfance, le néoplasme évolue sournoisement, sans attirer l'attention du médecin qui, depuis longtemps, s'occupe de cette vieille affaire. Le premier symptôme dont se plaint alors le malade, c'est la douleur qu'il compare à celle que produirait un corps étranger gênant, douleur qui se fait sentir par crises, plus ou moins fortes, plus ou moins longues, avec des rémissions de plusieurs jours ou de plusieurs semaines : cela simule un simple épisode aigu au cours d'une maladie chronique. Il n'en est rien cependant, car c'est la tumeur maligne qui se développe et envahit les régions voisines, marquant par une douleur chaque morceau de terrain gagné.

Le malade atteint se décide alors à consulter : douleurs, bourdonnements et diminution de l'ouïe, écoulement séreux ou purulent, parfois sanguinolent, souvent fétide, tels sont les symptômes subjectifs qu'il accuse. A l'examen, on voit généralement dans le

fond du conduit, après lavage préalable de ce dernier, une masse rougeâtre, lisse ou non, à surface saignante, de volume variable, dont l'existence même fait penser à une otite moyenne aiguë ou chronique, purulente ou non, avec bourgeon charnu.

Telle est pour ainsi dire la première période du cancer de la caisse dont la durée est presque impossible à noter, mais que d'après les observations on peut fixer au moins à six ou huit mois. A ce moment, le diagnostic est impossible à faire : la douleur, premier symptôme qui inquiète le malade, est continue ou non, avec des exacerbations diurnes ou nocturnes et des périodes de rémission qui la rendent supportable. Elle revêt parfois la forme névralgique, reprenant le malade aux mêmes heures et se modifiant sous l'influence du sulfate de quinine, comme nous avons eu l'occasion de le vérifier dans l'observation I. Tel est aussi le cas de Rondot (1), dans lequel la névralgie, s'étant produite à la suite d'une impression brusque de froid, pouvait être considérée comme une simple névralgie *a frigore*, mais pouvait être aussi la conséquence d'une lésion osseuse au niveau du rocher ayant intéressé la portion intra-crânienne du nerf.

Douleurs, écoulement séreux ou purulent, fétide ou non, et dans lequel l'examen peut déjà faire découvrir des particules osseuses grosses comme des grains de sable, production de fongosités, surdité légère ou totale, tels sont donc les symptômes qui ouvrent la scène.

Dans la seconde période, la tumeur envahit les régions voisines et en premier lieu généralement l'apophyse mastoïde, comprimant ou englobant sur son passage le nerf facial et produisant un symptôme *qui ne manque jamais : la paralysie faciale* avec entraînement des commissures et des traits de la figure vers le côté sain.

Cette paralysie faciale s'explique aisément à cause des rapports de la caisse et du nerf. De plus, on connaît la tendance des tumeurs malignes à envahir et à détruire en masse tous les tissus environnants. Kretschmann explique donc cette paralysie, soit par la compression due à la masse cancéreuse du tronc nerveux lui-même, soit par la pénétration du pus en dedans du névrilemme au milieu des fibres nerveuses, soit par l'envahissement et la dégénérescence du nerf, phénomène observé par Buss (2).

Ce symptôme a une grande importance et doit attirer l'attention

(1) *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1875, p. 227.

(2) *Dissert. inaug.*, Halle, 1885.

du spécialiste, car il indique dans tous les cas une lésion sérieuse de l'oreille.

On rencontre quelquefois cette paralysie dans les otites moyennes suppurées, et il y a alors destruction par nécrose de la mince feuille osseuse qui sépare le nerf facial de la caisse et compression par les produits de sécrétion, soit en dehors du névrilemme, soit en dedans même de l'enveloppe du nerf, des fibres nerveuses elles-mêmes. Toynbee rapporte des cas de paralysie faciale, mais passagère, dans des inflammations catarrhales aiguës de la caisse. Mais dans tous les cas de tumeurs malignes de la caisse, la paralysie faciale est accompagnée de douleurs violentes avec irradiations vers la tempe, l'œil, la nuque, le cou, l'épaule ; il y a de la surdité, des bourdonnements, de l'otorrhée souvent fétide, et dans le conduit on constate la présence de bourgeons charnus. De plus, la paralysie ne se modifie jamais ou elle ne se modifie qu'incomplètement.

La paralysie, sans être un signe caractéristique de tumeur maligne de l'oreille moyenne, doit cependant donner l'éveil, surtout quand elle se produit chez un malade ayant dépassé la quarantaine et qu'elle est accompagnée des phénomènes que nous avons mentionnés plus haut.

Pas plus que la paralysie faciale, *les bourgeons* ne sont un signe certain de tumeur maligne ; leur aspect souvent n'offre rien de spécial ; ils ressemblent à ceux que l'on trouve dans les otites moyennes suppurées ordinaires. Cependant, ils sont souvent mous, très friables, saignant au moindre contact, et leur surface, au lieu d'être lisse rosée, est plus rougeâtre, fendillée, crevassée, granuleuse. Ils ne sont pas pédiculés, mais reposent par une large base sur les parois du conduit (Schwartze) (1), de plus ils sont rebelles à toutes les cautérisations. L'écoulement d'oreille est fréquemment mêlé de sang et contient des particules osseuses.

La tumeur en même temps envahit le temporal, l'articulation temporo-maxillaire, atteint la corde du tympan (cas de Polaillon) et le trijumeau dont le territoire devient à son tour le siège de douleurs parfois atroces. Cette névralgie du trijumeau s'explique aisément par la proximité du ganglion de Gasser et du rocher.

Puis c'est le glosso-pharyngien qui est pris ; et alors commen-

(1) Schwartze. *Ein Fall primæren Epithelialkrebs des Mit elohres* (*Arch. f. Ohr.*, 1875).

cent des douleurs dans le pharynx avec sensation de constriction au moment des déglutitions. Dans un cas observé par Polaillon, et rapporté par Assaki, « le malade était pris à intervalles » irréguliers et durant un certain nombre de jours... Il lui » était alors impossible d'avaler des solides et toute son alimen- » tation était réduite à du lait et du bouillon, et encore lui » arrivait-il souvent d'avaler de travers... La respiration était » laborieuse et le malade était pris de cornage dès qu'il se » fatiguait ou voulait produire un effort quelconque. »

Enfin le pneumo-gastrique est atteint et nous voyons apparaître les étouffements, les expectorations pénibles accompagnés d'accès de toux, les nausées, les vomissements opiniâtres, les palpitations : « Et tout cet envahissement se fait rapidement, » sans frissons, sans fièvre, mais accompagne de douleurs névral- » giques extensives n'ayant pas le caractère de tension de » celles qui dénotent les collections osseuses inflammatoires (1) ».

On peut pourtant s'y tromper, car l'apophyse mastoïde, une des parties les plus fréquemment atteintes, est parfois tuméfiée et si douloureuse à la pression que l'on peut croire à quelque abcès osseux qu'il faut ouvrir. Si l'on n'opère pas, l'ouverture peut se faire d'elle-même, soit vers l'extérieur — et alors, ou une fistule se forme qui persiste, laissant écouler un liquide ichoreux et fétide, ou les masses cancéreuses font saillie en dehors jusqu'à atteindre un volume énorme — ; soit à l'intérieur vers le conduit, — et c'est par là que le liquide sécrété s'écoule sans que le travail du néoplasme soit dénoté autrement que par la douleur qu'occasionne la pression exercée sur l'apophyse mastoïde. Dans ce dernier cas, en effet, il peut n'exister ni gonflement, ni rougeur de la région.

Dans quelques cas, l'ouverture de l'antre fut décidée à cause de la fluctuation constatée à ce niveau et des douleurs occasionnées, pensait-on, par la présence de pus dans l'apophyse. A l'ouverture, on vit celle-ci sclérosée de telle sorte que l'antre n'existait plus. (Obs. de Burkhard-Mérian (2), de Gorham Bacon et Muzzi (3), de Charazac) (4).

La fluctuation peut être due à la présence du pus ou du liquide ichoreux sécrété par le néoplasme. Mais dans les cas cités

(1) Charazac, *loc. cit.*
(2) *Arch. of otol.* T. XIII, p. 11.
(3) *Arch. of otol.* Mars 1888.
(4) *Loc. cit.*

plus haut il s'agissait d'une fausse fluctuation due à la présence sous la peau de fongosités ramollies.

En même temps la tumeur gagne du côté de l'oreille interne, envahissant le rocher ; et l'on voit apparaître les vertiges au moindre mouvement que fait le malade.

Du côté du temporal, l'articulation temporo-maxillaire est prise, la partie postérieure de l'arcade zygomatique se tuméfie sous l'envahissement du néoplasme, ainsi que la cavité glénoïde du temporal, repoussant le condyle en bas et en avant, mouvement dont la conséquence est de faire dévier la mâchoire inférieure vers le côté opposé et de faire chevaucher les dents d'en bas sur les dents supérieures. Lorsque cette déviation est assez forte, le malade peut à peine ouvrir la bouche et le plus petit mouvement devient la cause de vives douleurs.

Dans l'observation de Rasmussen et Schmiegelow (1) c'était surtout du côté de la fosse temporale et de l'articulation temporo-maxillaire que le néoplasme s'était développé.

Nous avons aussi constaté chez notre malade (Obs. I), le développement considérable que peut atteindre cette partie osseuse tuméfiée et la déviation énorme qui en est la conséquence.

Parfois, au contraire, le temporal et la cavité glénoïde subissent une dégénérescence telle que le condyle enfonce la mince feuille osseuse qui reste et pénètre en dedans du temporal au milieu de la bouillie cancéreuse, entraînant alors la mâchoire inférieure vers le côté malade. Kretschmann (2) l'a constaté. A l'autopsie, il trouva le condyle du côté atteint à un centimètre au-dessus du niveau de l'autre, pénétrant à travers la cavité glénoïde détruite. L'apophyse zygomatique, l'écaille du temporal, la partie antérieure et externe du rocher avaient disparu.

Lorsque le spinal et le pneumo-gastrique sont touchés, la raucité de la voix peut être le premier signe de l'envahissement, précédant de quelques jours les vomissements. De plus, le malade s'étrangle en avalant, et c'est le signal de la toux et des étouffements.

On observe parfois, comme dans le cas de Polaillon, la paralysie d'une moitié du voile du palais, du sterno-cléïdo-mastoïdien, du trapèze, accompagnée de dyspnée, de dysphagie, de vomissements et de palpitations cardiaques, conséquences de l'envahissement du

(1) *Arch. of otol.*, n. 2 et 3, vol. XV, p. 167.

(2) Krestschmann. *Arch. f. Ohr.*, p. 233.

rocher et du trou déchiré postérieur par la tumeur, envahissement qui avait occasionné la perte complète de l'innervation du facial et du spinal et des troubles de l'innervation du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique et du grand hypoglosse.

La glande parotide, si voisine de l'oreille, est prise aussi : elle ne sécrète plus de salive, et tout le côté de la bouche correspondant à l'oreille malade est sec, les joues sont collées aux gencives, la langue elle-même est pâteuse et sèche, et le malade a soif.

Doit-on penser à l'envahissement par le néoplasme de la parotide elle-même ou à la paralysie des nerfs sécréteurs qui s'y rendent ? Les deux hypothèses sont admissibles. Mais cette sécheresse de la bouche du côté atteint est un fait remarquable et qui me paraît ne pas avoir été noté jusqu'à présent, quoique certains aient trouvé la parotide envahie.

Pendant que le cancer gagne ainsi en étendue, les douleurs deviennent de plus en plus fortes, le bourgeon charnu emplit peu à peu le conduit auditif externe jusqu'à faire saillie au dehors et prendre parfois des proportions considérables. Ce bourgeon dans le cas rapporté par Hartmann atteignait le volume d'un œuf d'oie.

Des hémorrhagies plus ou moins abondantes, en nappe ou en jets, bénignes ou graves, qui se font lentement ou d'un seul coup comme si une certaine quantité de sang amassée en arrière des fongosités se soit subitement ouvert un passage, peuvent survenir pendant toute la durée de l'affection.

Parfois le malade meurt à la suite d'une de ces hémorrhagies foudroyantes.

Dans ces cas, on a trouvé à l'autopsie une érosion de la carotide interne (1), ou bien le néoplasme, après avoir envahi le rocher, avait pénétré jusqu'au sinus latéral qui s'était ouvert (2).

La plupart du temps, au contraire, les hémorrhagies ne présentent aucune gravité et semblent même apporter un certain soulagement aux malades. Il est probable alors que le point de départ de ces hémorrhagies est un petit vaisseau ulcéré et ouvert dans le bourgeon lui-même.

Telle est à peu près la seconde période que l'on peut reconnaître dans la marche des tumeurs malignes de la caisse.

Durant toute cette période qui peut durer de cinq à dix mois le malade a perdu ses forces, les douleurs sont telles que le sommeil

(1) Hewetson *(The Lancet*, 26 mai 1888).

(2) Garmalt *(Trans. of Amer. otol. Soc.*, 1889).

est impossible. Les aliments difficilement déglutis sont insuffisants pour soutenir les forces du malade qui craint d'avaler pour ne pas avoir de crises.

Alors commence la dernière phase de l'affection, et les malades qui ont échappé à la mort due aux hémorrhagies foudroyantes, à la méningite, aux pneumonies et en général aux accidents secondaires qui peuvent survenir dans l'évolution des tumeurs cancéreuses, vont entrer dans la période de cachexie.

Le pneumogastrique semble alors être le point spécial sur lequel se porte toute la force de la maladie. Les nausées deviennent continues, les vomissements sont occasionnés par la plus petite ingestion de liquide, la constipation est opiniâtre, les vertiges sont constants, tout le tronc devient le siège d'un engourdissement superficiel, et le malade, qui ne sent plus les vêtements qui le couvrent, est douloureusement impressionné par le moindre toucher. Les douleurs dans l'oreille et dans la tête diminuent d'intensité; elles surviennent par crises et les malades les comparent à des coups de marteau frappés sur la tempe ou l'apophyse mastoïde.

L'oreille est le siège d'un écoulement ou franchement purulent et fétide ou simplement séro-sanguinolent contenant des débris épithéliaux et des cellules venant du bourgeon.

Parfois surviennent des symptômes de pression cérébrale, et le malade meurt dans le coma ; ou bien, à bout de forces, épuisé par la privation de nourriture, affaibli par la douleur et les insomnies, le malade meurt de cachexie par les progrès de l'affection.

Tous ces symptômes que nous venons de décrire, cette marche de la maladie que nous venons d'indiquer, dépendent absolument des territoires envahis par le néoplasme. Celui-ci progresse dans un sens ou dans l'autre, sans loi fixe, sans cause apparente, gagnant vers le temporal ou l'apophyse mastoïde et la nuque, paralysant tel ou tel nerf, envahissant le rocher et la base du crâne, l'apophyse basilaire, l'atlas, le rocher du côté opposé, s'étalant même dans l'intérieur de la boîte crânienne. On comprendra donc facilement pourquoi dans tel ou tel cas la marche du cancer et les symptômes constatés diffèrent sensiblement, et pourquoi selon l'extension du néoplasme vers les parties antérieures, postérieures ou profondes, il faut plutôt redouter tel ou tel accident.

Ordinairement la maladie évolue sans fièvre ou, si la fièvre apparaît, c'est qu'il existe une inflammation quelconque, la ménin-

gite par exemple, ou une transformation putride de la tumeur qui vient se surajouter à l'affection.

Diagnostic

Lorsque le cancer de l'oreille est arrivé à un certain développement et qu'à travers la peau les bourgeons charnus font saillie, le *diagnostic* s'impose.

Mais il n'en est pas de même au début, car les premiers symptômes qui se manifestent, isolés ou associés : douleurs, écoulement purulent, paralysie faciale, vertiges, surdité, bourdonnements, présence de bourgeons charnus dans le conduit, gonflement mastoïdien... ; ces symptômes, disons-nous, existent dans d'autres maladies de l'oreille et les diagnostics d'otite moyenne suppurée, de catarrhe tubaire, de sclérose de la caisse, d'abcès mastoïdien, de carie osseuse, etc., sont posés avant celui de tumeur maligne.

L'aspect des fongosités même n'apporte aucune lumière nouvelle pour éclairer le spécialiste et le mettre sur la voie du vrai diagnostic *que seul l'examen microscopique du bourgeon extirpé peut lui donner.*

L'âge des malades ne donne non plus aucun renseignement précis, les tumeurs malignes pouvant se développer chez des individus jeunes : Kuhn a vu un sarcome de l'oreille moyenne chez un enfant d'un an.

L'hérédité ne peut fournir ici aucun renseignement. Cependant avec le Dr Charazac et Kretschmann, nous croyons qu'elle peut jouer un rôle comme dans les autres cancers de l'organisme. Malheureusement les auteurs sont souvent muets sur ce sujet.

L'examen du bourgeon doit donc être fait, mais il ne le sera ordinairement que si le médecin a quelque doute sur la nature de la maladie.

Lors donc que chez un malade âgé de quarante-cinq ans environ et ayant une otite ancienne ou récente, on voit survenir au cours de son affection, des douleurs violentes, tenaces, avec exacerbations fréquentes, ou rémission de plusieurs jours, parfois de plusieurs semaines ; un écoulement fétide et une production de bourgeons charnus, ulcérés à leur surface, fendillés, granuleux, saignant facilement et se reproduisant rapidement après l'extirpation, il faut songer à l'existence possible d'une néoplasie

maligne, surtout si on voit se produire une paralysie faciale et une poussée inflammatoire du côté de l'apophyse mastoïde ou du temporal. Après examen des fongosités, les probabilités se changeront en certitudes.

Le *pronostic* des tumeurs malignes de l'oreille moyenne, alors même que celles-ci, reconnues dès le début, sont traitées et opérées, est absolument fatal. Le néoplasme, en effet, a une telle tendance à envahir les régions voisines qu'il est impossible d'en faire une extirpation totale. C'est donc la mort qui termine toujours la maladie.

Peut-on approximativement fixer la date à laquelle doit survenir la mort du malade ? Si aucun accident : méningite, hémorrhagie, maladie intercurrente, ne vient interrompre la marche du cancer, celui-ci met en moyenne de 12 à 18 mois à évoluer, et dans ce cas le malade meurt de cachexie ou de faim. Mais il peut survenir une hémorrhagie foudroyante, le malade peut mourir de méningite. Il faut donc réserver son pronostic quant à l'époque probable de la mort du malade et prévenir la famille des accidents qui peuvent survenir et hâter la fin.

Cependant la variété même du cancer est une indication pour la durée probable de l'évolution de la maladie. Le sarcome marche très vite, trois à six mois (Schwartze), sept mois (Hartmann). Le carcinome épithélial est plus lent, 12 à 18 mois. Le sarcome atteint surtout les enfants, jusqu'à dix ans. Après cet âge, il est très rare. Chez les malades âgés, on constate surtout l'épithéliome.

Le pronostic est donc terrible pour les jeunes sujets. En moins d'un an, de six mois quelquefois, la néoplasie a achevé son évolution et le malade a succombé. Chez les adultes, le pronostic n'est pas moins fatal, mais la marche du néoplasme est plus lente.

ANALYSES

Appareil de la locomotion

J. Moure. — *Opération de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles* (Assoc. franç. et Bulletin méd., 21 août 1895).

Toutes les fois qu'une tumeur maligne (sarcome, épithélioma) des fosses nasales ne siège pas trop haut ou s'oppose à toute opération par son volume, elle peut être attaquée par les voies naturelles. Par ce procédé opératoire on va lentement, par morcellements successifs, ce qui permet d'arrêter facilement l'hémorragie, puisque l'on agit sur un champ opératoire éclairé. On arrive ainsi sur le point d'insertion de la tumeur, que l'on détruit à sa guise sans toucher aux parties saines.

F. Legueu. — *Sarcome de la clavicule* (Soc. anat., n° 14, p. 556, 1895).

Femme de 24 ans. Depuis 3 mois toux, quelques hémoptysies, amaigrissement et apparition d'une tuméfaction, siégeant au-dessus et en arrière de l'extrémité externe de la clavicule. Cette tuméfaction est résistante, presque fluctuante et douloureuse; une incision exploratrice révèle les caractères macroscopiques du sarcome, ce que confirment l'histologie (?) et surtout la repullulation après curettage. Ablation de la tumeur et guérison opératoire rapide. Pas de déformation de l'épaule; aucune gêne des mouvements du membre supérieur. Persistance de troubles pulmonaires.

Girard. — *Sarcome du fémur; désarticulation de l'os iliaque* (9me Congr. franç. de chir., octobre 1895).

Cette opération a été pratiquée sur une jeune fille de 17 ans, qui, neuf mois auparavant, avait subi la désarticulation de la cuisse pour un sarcome occupant le tiers supérieur du fémur. Une récidive s'étant montrée sur l'os iliaque, Girard a fait la désarticulation de l'os iliaque, y compris l'ischion et le pubis, en ne conservant que la portion du pubis, donnant attache au muscle droit abdominal.

Six semaines plus tard, la malade marchait avec deux béquilles et, quelques mois plus tard, elle pouvait parcourir 2 kilomètres.

Appareil de l'innervation

Denarié. — *Cancer secondaire du cerveau avec ataxie du membre supérieur droit* (Loire Méd., 15 nov., p. 276, 1895).

Ce fait concerne une femme de 44 ans, chez laquelle de la toux, de la douleur thoracique et de l'amaigrissement, avaient fait penser à l'existence d'un néoplasme. Récemment elle avait été prise de crampes et de fourmillements dans le bras droit et à la suite de parésie et d'une incoordination musculaire absolue. Légère contracture ; exagération des réflexes tendineux. Parésie et contracture des membres inférieurs (le droit surtout). Céphalée violente, dilatation des pupilles, vomissements alimentaires, ventre rétracté en bateau, profonde dépression et mort rapide.

L'autopsie révèle sur le hile du poumon gauche une masse cancéreuse (noyau primitif) et dans le cerveau trois noyaux secondaires, l'un, du volume d'une petite pomme, à la partie postérieure du lobe occipital droit ; un deuxième, de la grosseur d'une noisette, au tiers supérieur des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, à cheval sur la scissure de Rolando, du côté gauche (ataxie du membre supérieur droit) et un troisième, très petit, au centre de la couronne rayonnante du même côté gauche.

Paviot et Gallois. — *Cancer de la dure-mère* (*chlorome de King*), (Province Méd., 14 déc., p. 599, 1895).

Homme atteint d'exophtalmie et de surdité presque complète ; céphalées violentes, amblyopie légère, vives douleurs péri-orbitaires, écoulement séro-purulent par le conduit auditif gauche. 10 jours avant la mort, apparition d'une tumeur dans la fosse temporale gauche, l'exophtalmie augmente et cécité complète.

A l'autopsie : deux tumeurs sous forme de plaques épaisses occupent les deux orbites en dehors de la capsule de Tenon et du tissu adipeux, peu adhérentes à l'os. Nerfs optiques normaux, hémorrhagies rétiniennes des deux côtés. Traînées vert-grisâtre, disséminées à la surface de la dure-mère, surtout le long du sinus longitudinal et de la méningée moyenne. Tumeurs dans l'épaisseur de la dure-mère faisant saillie dans les sinus sans y être à nu. Cerveau intact. — Tumeur de la fosse temporale gauche, verte aussi, filant dans les fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire ; envahissement du corps du splénoïde seul. Sur le crâne, placards verts recouvrant les deux bosses occipitales et disséminés le long de la suture sagittale. Généralisation au poumon droit ; aux deux reins sous forme de taches vertes, à la rate sous forme de gaine verte entourant les vaisseaux, au foie de la même façon ; enfin, le long du rachis de chaque côté et même ayant envahi le canal rachidien, restant en dehors de la dure-mère ;

grosse masse verdâtre épaisse de 0,02 centimètres occupant toute la face antérieure du sacrum ; autre masse de même épaisseur à la face postérieure du sternum ; traînées, taches ou tumeurs verdâtres dans les fosses iliaques, dans le bassin au niveau du fond de la cavité cotyloïde, sur la première côte, sur l'omoplate à la base de l'apophyse coracoïde. La moelle osseuse du fémur et de l'humérus est prise.

Tous les ganglions prévertébraux, ceux du hile du foie, de la tête du pancréas sont verdâtres et de consistance élastique. Enfin les *plaques de Peyer* et *les points lymphatiques* de tout le gros intestin sont tuméfiés et présentent la teinte gris-verdâtre.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso et globo-cellulaire.

L. Galavielle et **H. Villard.** — *Sarcome volumineux du Cerveau* (Arch. de Névrologie, juillet 1895, p. 1).

Homme de 32 ans. Début de la maladie par des vomissements suivis de céphalalgie du côté gauche, de la diminution de l'acuité visuelle et des bourdonnements d'oreille du même côté. Deux mois plus tard augmentation de ces accidents et en plus troubles de l'œil droit, comme du côté gauche, vertiges et affaiblissement progressif de l'intelligence. Diminution des forces ; apathie constante. Mort. A l'autopsie on trouve dans la substance blanche de la région frontale gauche une tumeur ayant les caractères du sarcome.

Ce fait est intéressant par la nature de la tumeur, les sarcomes n'étant pas très fréquents ; par son siège (corne frontale) et par son volume (œuf de dinde).

Appareil de la digestion

1°. *Portion sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.*

Stroup. — *Cancer de l'œsophage étendu à l'estomac* (Rev. méd. de l'Est, 1er avril 1895).

Homme de 63 ans. Le 10 février, première hématémèse très abondante. On rechercha alors les signes de carcinose et l'on n'en trouva aucun, le malade ne présentant ni inappétence, ni dysphagie. Une autre hématémèse survint quelques jours après ; enfin, une dernière l'emporta le 19 février.

A l'ouverture du cadavre, on trouve l'estomac très distendu par du sang en partie fluide, en partie déjà coagulé. L'estomac présente, à 2 cent. du cardia, sur la petite courbure, une ulcération intéressant toute la paroi

et dont les bords ont pris des adhérences avec une masse ganglionnaire considérable développée en avant de la colonne vertébrale Cette masse ganglionnaire est ramollie à son centre. creusée en un tunnel qui s'ouvre largement dans l'estomac par l'ulcération signalée plus haut.

Sur l'œsophage, à 2 centim. 1/2 au-dessus du cardia, existe un épithélioma cylindrique, mesurant 9 centim. de hauteur. Cette tumeur est divisée en deux parties allongées, fusiformes, séparées par une portion de tissu sain de la largeur de 15 millim.

Enfin, dans l'abdomen, existe, roulant librement dans la fosse iliaque droite, une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, d'aspect blanc nacré et de nature fibreuse. Cette tumeur ne présente aucune adhérence et paraît provenir d'une plaque de même nature existant sur la capsule de la rate.

Cette observation, dit l'auteur, présente le double intérêt d'un *néoplasme considérable de l'œsophage* ne donnant lieu à aucun trouble, pas même à de la dysphagie et se compliquant d'*hémorrhagie stomacale mortelle.*

Paviot. — *Cancer de l'œsophage ; sonde à demeure pendant 146 jours* (Province méd., 30 nov. 1895, p. 566).

Homme de 56 ans, atteint depuis quatre mois de gêne de la déglutition; les aliments liquides seuls peuvent être ingérés. Le cathétérisme de l'œsophage indique l'existence d'un rétrécissement à 23 centimètres des incisives supérieures. Le 6 mai une longue sonde molle de caoutchouc de Nélaton est placée à demeure ; son extrémité antérieure occupe la narine gauche. Pendant 146 jours, cette sonde est restée en place et a permis une alimentation telle que le malade a engraissé de 5 kilogr. et a pu reprendre sa vie habituelle jusqu'au 24 septembre, époque à laquelle des phénomènes d'oppression et de l'aphasie se sont montrés ; six jours plus tard il succombait.

A l'autopsie on a trouvé une tumeur cancéreuse ulcérée au-dessus de la bifurcation de la trachée et, partant de cette tumeur, une traînée néoplasique ayant envahi le pneumo-gastrique droit.

2° *Portion sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.*

Achard. — *Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique* (Soc. méd. des hôp. Bull. 26 juillet 1895, p. 618).

Les complications infectieuses, que l'auteur a observées dans le cours du cancer gastrique, sont une nouvelle preuve qu'elles apparaissent assez fréquemment. Dans deux cas, il s'agissait d'une fistule ombilicale consécutive à l'ouverture d'un foyer phlegmoneux situé en avant de l'estomac et développé par infection de voisinage; chez un autre malade, il existait une pyléphlébite adhésive et suppurée des rameaux intra-hépatiques et de a veine porte. Ces cas constituent ce qu'on pourrait appeler les formes

septiques du cancer de l'estomac, et montrent que ces infections donnent lieu soit à des lésions de voisinage (péritonites générales ou circonscrites) soit à des métastases (pyléphlébite,pleurésie, péricardite) ; elles expliquent les élévations de température que l'on voit survenir au cours du cancer gastrique.

Keferstein. — *Sérum anticancéreux dans le cancer de l'estomac* (Allgem. med. centr. Zeit. et Médecine moderne, 4 décembre 1895).

Keferstein publie deux observations de traitement du cancer de l'estomac par le sérum anticancéreux. Pour obtenir plus rapidement la réaction, on injecta dès le premier jour la dose journalière maxima, de façon à injecter toute la dose (30 grammes) en cinq jours. Le troisième jour la région injectée devint rouge et tuméfiée; la température monta à 38°2; les douleurs provoquées par l'injection furent insignifiantes. Mais les résultats furent absolument négatifs tant au point de vue de la diminution du volume de la tumeur que de l'amélioration de l'état général. On pourra faire cette objection que la quantité de sérum injecté n'était peut-être pas suffisante pour donner une amélioration quelconque, d'autant plus que les injections furent faites, non pas dans la tumeur même, comme le veulent MM. Emmerich et Scholl, mais dans la paroi abdominale. Mais l'auteur n'a pu se résoudre à engager ses malades à continuer ces injections, vu le prix très élevé (30 marks) des 30 grammes, dose nécessaire pour chaque série et l'insuccès complet de la première série.

R. Porges. — *Résultats à distance d'une ablation de cancer du pylore* (Bulletin méd., 3 nov. 1895).

Il s'agit dans ce cas d'un malade chez lequel, en août 1890, on enleva l'estomac presque tout entier pour un cancer du pylore; on n'avait laissé qu'une partie de la région du cardia qui fut suturée au duodénum. L'examen microscopique du néoplasme fait à ce moment a montré qu'il s'agissait d'un squirrhe. Non seulement le malade a survécu à cette grave opération, mais encore aujourd'hui il ne présente aucun signe de récidive; sa santé est tellement florissante qu'il pèse actuellement 80 kilogrammes, tandis qu'au moment de l'opération il n'en pesait que 54.

Le seul inconvénient résultant de l'intervention est une hernie ventrale qui s'est faite à travers le muscle droit du côté gauche qui avait dû être sectionné.

A. Robin et Leredde. — *Cancer de l'estomac avec hyperchlorhydrie* (Bourgogne Méd., n° 2, p. 53, 1895).

Le sujet de cette observation est un homme de 36 ans, malade depuis 13 mois, et chez lequel on constate des douleurs épigastriques,

des vomissements abondants et noirâtres, contenant souvent des aliments ingérés la veille, de la dilatation de l'estomac et de l'amaigrissement. L'examen du suc gastrique révèle de l'hyperchlorhydrie. Dans les jours suivants, aggravation rapide et mort ; à l'autopsie on trouve un cancer du pylore, au-dessous duquel existe une ulcération intéressant les trois couches de l'estomac.

Après avoir discuté la pathogénie de l'hyperchlorhydrie, coïncidant avec le cancer de l'estomac, dont une dizaine d'observations seulement ont été publiées, l'auteur se résume ainsi :

L'hyperchlorhydrie peut exister dans le cancer de l'estomac, mais peut-être au plus deux fois sur cent ; l'anachlorhydrie demeure la règle. On peut dire seulement qu'elle ne constitue pas un signe constant ; elle peut manquer, en particulier, quand il existe une tumeur limitée n'ayant détruit qu'une faible portion de la muqueuse gastrique ou intéressant une région de cette muqueuse qui concourt peu à la formation du suc gastrique. Ces deux caractères s'observent en particulier dans le cancer du pylore. Le suc gastrique offrira, à l'examen chimique, les caractères qu'il avait avant le développement du cancer, et si celui-ci se développe sur un ulcère, on pourra observer de l'hyperchlorhydrie.

Rehn. — *Extirpation du rectum par la voie vaginale* (Centr. f. chir. n° 10, et Gaz. hebd. Paris, 30 mars 1895).

Femme de 81 ans, portant un cancer du rectum, dont la limite inférieure se trouvait à 5 centimètres de l'anus. L'extirpation a été ainsi pratiquée : après incision vagino-périnéale sur la ligne médiane et décollement du rectum de la paroi postérieure du vagin, le cancer a été isolé et le rectum sectionné au niveau de sa limite inférieure ; puis le bout supérieur a été de même isolé, attiré dans le vagin, et l'intestin a été sectionné au-dessus du néoplasme. Sutures des deux bouts. Le péritoine ayant été ouvert, il y a eu infection et mort par péritonite.

Monprofit. — *Epithélioma annulaire du rectum extirpé par la méthode sacrée. Prolapsus de l'anus sacré ; traitement de ce prolapsus par un procédé spécial* (Bull. Soc. chir., 20 nov. 1895).

Sujet opéré d'un épithélioma du rectum par la méthode sacrée. Deux ans après prolapsus de l'intestin à travers l'anus sacré : ce prolapsus a été traité de la manière suivante. Après avoir disséqué le pourtour de l'anus sacré, l'opérateur a attiré le rectum sur une longueur de neuf centimètres, puis il l'a fait passer à travers l'ancien canal et l'anus naturel et il a fixé la partie supérieure du rectum à la peau avivée. Il en est résulté un canal anal en communication directe avec le rectum par l'intermédiaire de l'ancien canal anal. Le sphincter a repris ses fonctions. Deux mois après l'intervention elles n'avaient pas cessé d'être régulières.

3°. *Annexes de l'appareil de la digestion.*

Postempski. — *De l'extirpation de la parotide pour tumeurs malignes* (Soc. ital. chir. Rome, octobre 1895).

Postempski *(Semaine Méd., 6 nov. 1895)*, relate deux cas d'extirpation de la parotide, pratiquée pour chondro-sarcome et chondromyxosarcome de cette glande. Cette opération est généralement considérée comme dangereuse et même comme inutile. Or, il est des tumeurs qui, ainsi que c'était le cas chez les deux opérés de Postempski, restent cantonnées dans la loge parotidienne et n'envahissent pas les ganglions limitrophes. Leur ablation est donc tout indiquée.

L'orateur ajoute qu'il lie les vaisseaux à mesure qu'il extirpe la parotide.

Caselli dit avoir enlevé plusieurs néoplasmes parotidiens qui n'ont pas récidivé après l'opération.

Montenovesi a constaté, en pratiquant l'extirpation d'un sarcome de la parotide, que la tumeur avait la base du crâne pour point de départ. La maxillaire interne a été le vaisseau le plus important qui dût être lié au cours de l'opération.

Durante estime que maintes fois on a cru avoir réalisé l'ablation de la parotide alors qu'en réalité elle n'avait nullement été enlevée. Il existe certaines tumeurs de la parotide qui naissent dans les tissus périparotidiens et n'envahissent que secondairement la glande, dont elles amènent parfois la destruction complète.

Ceci a eu l'occasion d'extirper trois néoplasmes de la parotide, et chaque fois il a vu la tumeur récidiver.

Tricomi dit qu'il faut bien distinguer les tumeurs vraies de la parotide d'avec les tumeurs préparotidiennes. Seules ces dernières sont faciles à opérer.

Hanot. — *Epithélioma tubulé du foie et des os chez une femme atteinte d'ostéomalacie* (Soc. méd. des Hopit., 6 décembre 1895).

Observation d'une femme de 29 ans qui, à la suite d'une deuxième grossesse, fut atteinte d'ostéomalacie. La malade ayant succombé, on a trouvé de petits épithéliomas tubulés dans le foie et dans certains os, et une infiltration d'éléments semblables dans tout le système médullaire osseux.

Testi. — *Cancer et cirrhose hépatique* (Rif. med., n° 60, et Bulletin méd., 14 juillet 1895).

L'auteur relate trois observations de cancer greffé sur une cirrhose hépatique. Les malades présentaient les signes ordinaires du cancer; en

outre on avait noté, comme commémoratifs, des accidents d'impaludisme et d'alcoolisme, et de plus de l'ascite sans péritonite, de l'ictère et de la splénomégalie. Chez l'un de ces sujets, l'autopsie a montré que le foie entier était envahi par un tissu scléreux intense, en des points bien isolés, par des bourgeons carcinomateux, partis des canalicules biliaires. La cirrhose avait précédé le cancer.

Pauchet. — *Sarcome mélanique du foie consécutif à une tumeur mélanique du cuir chevelu* (Soc. anat., n° 13, p. 541, 1895).

Femme de 36 ans, atteinte depuis son enfance d'une tumeur mélanique du cuir chevelu, actuellement de la grosseur d'une mandarine. Depuis plusieurs mois, quelques douleurs dans l'hypochondre droit avec amaigrissement général. Le foie est gros, à surface irrégulière, avec masses arrondies. La rate est augmentée de volume. L'analyse de l'urine donne un précipité de mélanine. Mort rapide.

A l'autopsie, tumeurs mélaniques dans le foie, dans le péritoine et autour des reins. Infiltration mélanique des ganglions extra et intra-pulmonaires. Au microscope, sarcome fasciculé avec pigmentation très prononcée du foie.

Claude. — *Lithiase biliaire. Cancer du foie propagé à la vésicule. Cholécystostomie* (Soc. anat., n° 14, p. 552, 1895).

Femme de 61 ans. Depuis neuf ans, nombreuses crises de coliques hépatiques et actuellement tumeur dure, arrondie, douloureuse à droite et au-dessus de l'ombilic. Le foie déborde les côtes de trois travers de doigt. Teinte jaune foncé de la peau; urines acajou. Laparotomie; on incise la vésicule très distendue et contenant une vingtaine de calculs et on en fixe les parois aux téguments. Drainage de la poche. Mort 36 heures après l'opération. A l'autopsie, outre un calcul dans le col de la vésicule, on trouve un cancer du foie et des ganglions périphériques comprimant le canal cholédoque. L'examen histologique a confirmé l'existence de ce cancer qui avait envahi le foie et les voies biliaires et a démontré la présence d'altérations nécrotiques et inflammatoires très accentuées des parties non cancéreuses.

Appareil de la circulation

Surmay.— *Phlébites multiples dans un cas de cancer latent à marche rapide de la région épigastrique* (Bullet. méd., 16 octobre 1895).

Homme de 55 ans; père, frère et sœur morts de cancer de l'estomac. Sans cause appréciable, le malade est atteint de phlébites superficielles

des membres inférieurs et en même temps d'inappétence et d'amaigrissement progressif. Ces accidents augmentent pendant quelques semaines et la mort survient rapidement, précédée de mélœna et de vomissements noirs. Pas d'autopsie.

Bernheim. — *Péricardite primitive cancéreuse* (Rev. méd. de l'Est, 15 nov. 1895, p. 696).

Observation d'un homme atteint d'une affection cardiaque avec épanchement dans la plèvre gauche à la suite de rhumatismes subaigus accompagnés de palpitations qui avaient fait porter le diagnostic de péricardite rhumatismale. A son entrée à l'hôpital, cyanose, respiration haletante. Pouls à 140. Orthopnée. Une thoracentèse, pratiquée immédiatement, ramena un liquide sanguinolent. — Le lendemain on opéra le malade de pleurotomie. Le drainage donna issue les jours suivants à un liquide purulent et le malade succomba au bout de quelque temps. — A l'autopsie on trouva des adhérences du péricarde et du cœur et la face interne du péricarde farcie d'une quarantaine de noyaux cancéreux. Le cœur était gras et des nodules cancéreux secondaires avaient envahi le poumon et le foie.

F. de Grandmaison. — *Cancer gastrique et adénopathies* (Médecine mod., 20 nov., p. 716, 1895).

Femme de 36 ans, pâle et amaigrie, se plaignant de très vives douleurs lombaires et portant une tuméfaction ganglionnaire volumineuse indolore dans les régions sus-claviculaires. Dans les aînes quelques petits ganglions mobiles. Dans la région sous-ombilicale masse énorme, immobile, dure, ligneuse et complètement indolore. Pas de vomissement, pas d'hématémèses. Quelque temps après apparition d'un ictère et mort rapide ; à l'autopsie cancer du pylore étendu aux organes du voisinage et généralisé à la plus grande partie du système ganglionnaire.

Tapret et **Macaigne**. — *Lymphadénie généralisée* (Bull. Soc. anat., n° 3, fév.-mars 1895).

Le sujet de cette observation est un homme de 36 ans qui, en un mois, a été terrassé par une lymphadénie généralisée, caractérisée par ses symptômes ordinaires. A l'autopsie on a reconnu que dans le médiastin et dans les reins la localisation de la maladie avait atteint des proportions considérables. Là, comme dans tous les autres organes (rate, foie, ganglions, etc.), les manifestations anatomiques avaient une structure reproduisant exactement le type du tissu adénoïde ou réticulé.

E. Parmentier et **R. Bensande.** — *Lymphadénome généralisé du péritoine, avec noyaux dans les plèvres et le péricarde.* — (Bull. Soc. anat., n° 2, mars 1895).

Observation d'un homme de 39 ans, ayant présenté un lymphadénome généralisé du péritoine qui s'est développé en deux mois. Bien que la tumeur fût énorme (le grand épiploon pesait à lui seul 7 livres) elle n'avait donné lieu à des symptômes abdominaux que dans les 15 derniers jours. Parmi les détails de l'observation notons qu'il s'est produit, à la suite d'une paracentèse, une hémorragie intra-péritonéale qui a hâté la terminaison fatale.

Appareil de la respiration

Œstreich. — *Diagnostic du cancer primitif de la trachée* (Zeitschr. f. Klin. med., Bd. XXVIII, Heft. 5-6, p. 383).

Dans une revue sur le cancer primitif de la trachée, Œstreich a recueilli vingt observations, dont trois personnelles. De leur analyse ressort ce fait qu'en général on porte le diagnostic de sténose de la trachée, sans pouvoir spécifier son origine. Dans quelques cas ce diagnostic est fait par l'exploration digitale de la trachée à la suite de la trachéotomie.

D'après Œstreich, on doit soupçonner ce cancer si la sténose s'est montrée sans phénomènes d'irritation antérieure et en s'accompagnant d'amaigrissement ; il devient évident si par le trachéoscope on aperçoit un néoplasme ulcéré ou papillaire. Il y a presque toujours engorgement cancéreux des ganglions et souvent lésions de même nature sur l'œsophage, le médiastin, le corps thyroïde, les poumons. Dans le diagnostic on ne négligera pas les antécédents particulièrement au point de vue de la syphilis et, s'il y a doute, le traitement spécifique devra être prescrit sans être trop prolongé.

En général le diagnostic est presque toujours difficile ; il devra être surtout déduit des symptômes généraux, de la marche de la maladie et du résultat de l'exploration physique.

Görges. — *Carcinome du larynx chez un jeune enfant* (Soc. méd. Berlinoise, 4 décembre 1895).

Enfant de 19 mois. A l'autopsie on a trouvé sur la corde vocale inférieure droite un papillome de la grosseur d'un pois et sur la corde gauche une tumeur plus petite, qui obstruait complètement l'orifice du larynx.

L. Lévi. — *Cancer broncho-pulmonaire primitif.* (Arch. génér. de Méd., septembre 1895, p. 346).

Homme de 49 ans, présentant depuis 6 mois de la toux, des douleurs thoraciques, de l'amaigrissement, et actuellement un œdème très prononcé de la partie supérieure du corps, œdème dur et douloureux sur le thorax, circulation veineuse supplémentaire. Cyanose de la face, surtout à droite. En quelques jours se montrent de la gêne de la respiration, un épanchement pleural, une augmentation de l'œdème et rapidement la mort.

L'autopsie a fait découvrir, outre du liquide dans les cavités pleurales, une tumeur dure, du volume d'une grosse noix, siégeant dans le poumon droit, à 4 centimètres et demi du sommet et à 1 centimètre de la périphérie.

La plèvre à ce niveau est épaissie et recouverte de fausses membranes. Quelques ganglions dans l'angle trachéo-bronchique gauche. De plus on voyait une petite tumeur mobile, véritable polype, dans la bronche droite, et une masse de même nature, plus volumineuse, dans le médiastin antérieur. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de cancer propagé aux ganglions mésentériques et ayant comprimé le tronc veineux brachio-céphalique (œdème de la face à droite surtout).

Appareil de la sécrétion urinaire

A. Pousson. — *Sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie* (Ann. des mal. des org. génit. Nov., p. 979, 1875).

Les bénéfices que l'on retire de l'intervention chirurgicale dans un certain nombre de cas de néoplasmes vésicaux ne sont plus discutables. Aux faits déjà connus et plaidant en ce sens Pousson ajoute sa statistique. Elle comprend 16 malades dont 8 ont été opérés ; en établissant la moyenne de survie des uns et des autres, on note qu'elle est de un an quatre mois et deux semaines pour ceux chez lesquels on est intervenu, et de un an huit mois et deux semaines pour ceux qui n'ont subi aucune opération.

Cette moyenne ne doit pas être acceptée sans analyse des différents cas et l'on voit que l'intervention supprime les douleurs, les hématuries qui, pendant longtemps avant la mort, tourmentent les malades. Par le fait de l'opération il se produit une trève des accidents. L'auteur a examiné au microscope le néoplasme qu'il a enlevé sur six de ses malades ; il s'agissait de papillomes dans trois cas et d'épithéliomes lobulés dans les trois autres. Chez aucun de ces opérés il n'y a eu de résection de la vessie.

Jayle et M. Labbé. — *Néphrotomie pour anurie due au cancer de l'utérus* (Presse Méd., 7 septembre 1895).

La mort dans les cancers du col de l'utérus est fréquemment provoquée par l'anurie, due à la compression ou à l'obstruction des deux uretères ou d'un seul. Cette anurie s'explique, d'une part, par l'action réflexe simple ou combinée à l'excès de tension et, d'autre part, simplement par l'excès de tension de l'urine accumulée au-dessus du rétrécissement uretéral. Comme cette anurie a peu de tendance à disparaître par suite de la compression mécanique que la colonne d'urine exerce sur les parois tortueuses de l'uretère qui se trouvent appliquées l'une contre l'autre, l'intervention chirurgicale est la seule ressource qui puisse parer aux accidents.

A l'uretérocystostomie et à la fistule lombaire uretérale, opérations dont l'exécution est souvent fort difficile, Jayle et Labbé conseillent la néphrotomie qui a pour résultat de rétablir l'excrétion urinaire et de permettre au rétrécissement uretéral de redevenir parfois perméable. La néphrotomie devra être faite sur le rein atteint d'hydronéphrose, quand elle existe, ou sur le rein droit, plus facile à trouver, quand les deux organes sont peu hypertrophiés. Il est inutile de faire une néphrotomie double. Dans deux cas, rapportés par les auteurs, la survie a été de cent six jours pour l'un et de dix-neuf jours pour l'autre.

Ch. Audry. — *Fibro-sarcome calcifié de la vessie. Extirpation ; guérison.* (Gaz. hebd. méd., 14 décembre 1895, p. 595).

Homme de 48 ans, présentant divers troubles urinaires : mictions fréquentes, urines troubles, vives douleurs au bout de la verge et à la région hypogastrique. Le cathétérisme vésical fait percevoir une sensation rugueuse, dure, ballotante. La cystotomie sus-pubienne pratiquée fait sentir une grosse tumeur lisse, remplissant presque entièrement la cavité vésicale et fixée par un pédicule, dont la surface d'insertion, large de cinq centimètres, a lieu en avant et en dehors de l'uretère droit. Pour atteindre cette partie de la vessie, on est forcé de faire une incision perpendiculaire à la première et intéressant les téguments et la paroi vésicale. Grâce à cette ouverture le couteau du thermo-cautère résèque toute la portion de paroi malade, résection en partie totale, en partie intra-pariétale ; suture de la seule incision latérale droite vésicale musculaire et cutanée. Large drainage par deux tubes adossés. Suites opératoires excellentes. Fistule persistante au bout de 30 jours.

Cette tumeur, pesant 135 grammes, était constituée par des éléments conjonctifs, fibreux et sarcomateux ; de plus elle était imprégnée de phosphate de chaux, véritable calcification interstitielle par infiltration venue de l'extérieur.

Appareil de la génération

1. *Organes génitaux de l'homme*

Chevereau. — *Un cas d'épithélioma primitif de l'urèthre; émasculation totale; cystite interstitielle; Méat hypogastrique* (Gaz. des hôpit., 25 juillet, p. 853, 1895).

Homme de 62 ans, ayant commencé, en 1886, à présenter de la difficulté de la miction; huit ans plus tard apparaît une tuméfaction de la racine de la verge et à la base des bourses, puis surviennent dans ces régions, deux fistules et, à partir de cette époque, la miction ne se fait plus par le méat. Urines troubles, purulentes; douleurs de cystite et l'examen local fait porter le diagnostic d'épithélioma uréthral confirmé par une biopsie et par l'examen de la pièce après émasculation totale. Légère suppuration à la suite de l'opération.

Deux mois plus tard, pour remédier à l'évacuation incomplète de la vessie, qui est restée douloureuse malgré différents traitements, on pratique un méat hypogastrique. Cette opération apporte un peu de soulagement, mais la vessie sclérosée ne peut supporter aucun instrument métallique, et de plus, le nouveau méat se bouche de temps en temps et des crises douloureuses en sont la conséquence. Le malade est revu dix mois plus tard; il urine toute la journée par une sonde placée dans le méat hypogastrique; l'épithélioma n'a pas récidivé.

Ce cas est intéressant : 1° Par la rareté de cas analogues (11). 2° Parce que le diagnostic a pu être fait avant l'opération et avant l'examen microscopique. 3° Par le soulagement que le méat hypogastrique a fini par procurer. 4° Par ce fait que la castration double n'a eu aucune influence sur la sclérose de la vessie.

L. Dubar. — *Carcinome encéphaloïde du testicule et hématocèle.* (Bull. méd. du Nord, 25 octobre 1895, p. 462).

Homme de 50 ans. Début de la maladie il y a onze mois et rapides progrès dans ces derniers temps. Actuellement sur la bourse gauche existe une tuméfaction du volume des deux poings, ovoïde, régulière, élastique, nettement fluctuante et complètement opaque. Dans le canal inguinal nodule dur, devant faire songer à un carcinome et non à une hématocèle. Une incision laisse sortir 300 grammes de liquide brun et permet l'ablation de la tumeur avec résection du cordon. Il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde avec infiltration du cordon.

Dubuc. — *Crises très graves de suffocation survenues chez un malade atteint de carcinome de la prostate; mort brusque pendant l'une de ces crises* (France méd., 26 juillet, p. 465, 1895).

Homme de 66 ans, atteint de cancer de la prostate avec engorgement

ganglionnaire dans les deux aines. Quelques centigrammes d'albumine dans l'urine ; pas de sucre. Reins ni volumineux, ni douloureux. La vessie ne se vidant qu'incomplètement, le cathétérisme est pratiqué chaque jour. Le 8 mai 1894 sans cause déterminante appréciable, apparaît une première crise de suffocation d'une intensité extrême, que l'on combat par les révulsifs. L'examen de l'urine ne révèle que des traces indosables d'albumine.

Quelques semaines plus tard, pour calmer des douleurs de sciatique symptomatique, on commence des injections de morphine, qui ne seront plus interrompues jusqu'à la mort. Pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre le cancer suit sa marche progressive, et de l'œdème cachectique apparaît sur les membres inférieurs, qui n'offrent aucune trace de cordons phlébitiques. Plusieurs nouvelles crises, semblables à la première, se montrent dans la suite et le malade succombe, en février, au cours de l'une d'entre elles.

Dubuc fait suivre la relation de cette observation des remarques suivantes :

Quelle a été ici la véritable cause des accès de suffocation et finalement de la mort du patient? En l'absence de nécropsie, il est bien difficile de se prononcer avec certitude.

J'avoue qu'après avoir observé la crise initiale, ma première idée a été de la faire rentrer dans la catégorie des accidents dits d'intoxication urémique. Il est fort probable, en effet, que ce malade, athéromateux comme il l'était, atteint de plus d'une grosse lésion de la prostate, qui, pendant des mois et avant l'usage de la sonde, avait mis obstacle à l'évacuation complète de la vessie, présentait des lésions d'artério-sclérose rénale, d'où une certaine insuffisance de l'action dépuratoire des reins. Le chiffre si minime de l'albumine constaté par l'analyse, l'absence de cylindres rénaux, la proportion relativement élevée de l'urée qui s'est maintenue jusqu'à la fin ne sont pas en contradiction formelle avec l'existence d'une néphrite interstitielle.

Mais il est un autre mécanisme qui me semble pouvoir être mis en avant pour expliquer la cause des crises de suffocation.

On peut concevoir, le malade étant atteint d'un carcinome prostatique, que de fines embolies, constituées soit par la matière cancéreuse, soit plus probablement par de petites concrétions sanguines, aient, des veines de la région, remonté dans la veine cave inférieure et les cavités droites du cœur, puis pénétré dans les divisions de l'artère pulmonaire et, cela, à diverses reprises, assez importantes pour provoquer de graves troubles fonctionnels, trop peu, sauf lors de la dernière crise, pour amener la mort d'emblée.

Il est possible, si on admet le mécanisme des embolies, que leur lieu d'origine, je veux dire la prostate, n'ait pas été sans influence sur la facilité de leur production et sur leur répétition. On sait, en effet, combien est développé le réseau veineux de cet organe.

2. Organes génitaux de la femme

Jeannel. — *Déciduome malin; hystérectomie vaginale; guérison* (Arch. Méd. Toulouse et Arch. Tocol., juillet, p. 583, 1895).

Femme de 26 ans, atteinte de métrorrhagies. Dans le ventre, tumeur mobile, bosselée, indolore et dépassant le pubis de cinq travers de doigt.

Cette tumeur, dépendant de l'utérus, offre trois bosselures, la médiane plus volumineuse. Col utérin conique, ferme et fermé. Hystérectomie vaginale, dans le cours de laquelle on enlève par la curette une masse pulpeuse, sans résistance, constituant le noyau principal du néoplasme. Guérison sans incident et maintenue cinq mois plus tard.

L'examen macroscopique a démontré que la partie antérieure de l'utérus, qui mesurait 15 centimètres de hauteur, était transformée en trois masses saillantes, formées de caillots d'un rouge sombre et d'amas sanguins irrégulièrement disséminés dans le parenchyme musculaire. Les résultats de l'examen microscopique ont été les suivants:

« Les coupes ont porté au niveau de bosselures respectées par le couteau du chirurgien, sur des portions comprenant à la fois le muscle utérin, le caillot sanguin et par conséquent la portion intermédiaire.

Au faible grossissement (Obj. A A Zeiss Oc. 1), nous apercevons d'un côté le muscle avec ses fibres lisses d'un aspect normal, formant une coque autour du caillot sanguin. Nous sommes frappés de l'aspect irrégulier que présente la limite entre le muscle et le caillot. En ce point les fibres musculaires, loin d'être accolées les unes aux autres, sont écartées, dissociées en quelque sorte par des globules rouges et des amas de cellules d'un aspect particulier. Celles-ci sont très volumineuses, et s'étendent en petites nappes entre les vaisseaux musculaires, ou forment de longues traînées cheminant dans le caillot sanguin, au milieu duquel elles viennent former des nids considérables. Nous étudierons plus loin ces cellules dans tous les détails.

A ce faible grossissement, on a bien la sensation des dégâts produits dans le muscle utérin par cet élément envahisseur : les artérioles sont déchirées, leurs parois sont remplies de cellules surajoutées, qui viennent même encombrer leur lumière, et peuvent prendre cette voie pour cheminer plus loin, au sein des paquets musculaires. On se rend

compte en même temps du mode de production des hémorrhagies qui constituent une grosse part de la lésion. En certains points la coque utérine est tellement amincie, que la rupture de l'hématome dans le péritoine était imminente, enfin on comprend le défaut de solidité du muscle utérin dont les éléments sont disloqués par les globules sanguins qui les désagrègent et les cellules néoformées qui pénètrent entre elles comme des coins ne respectant ni le système vasculaire, ni la charpente conjonctive.

Au fort grossissement, on remarque la ressemblance exacte des cellules mentionnées ci-dessus avec les cellules déciduales. Comme ces dernières, elles sont de deux variétés, les unes petites, unies entre elles, formant des nappes, avec des formes diverses, mais le plus souvent un peu allongées comme les cellules de la caduque, les autres plus volumineuses, rappelant comme dimensions la cellule géante du tubercule, ou les plus grosses cellules nerveuses. Celles-ci ont un ou plusieurs noyaux volumineux riches en substance chromatique, possèdent un nucléole. Elles présentent des formes très variables, tantôt rectangulaires avec un gros noyau allongé, tantôt ovalaires, ou polygonales.

En aucun point nous n'avons pu découvrir trace de stroma conjonctif servant de charpente aux cellules déciduales ; là où il existe des caillots, nous constatons l'existence d'un réseau fibrineux, ailleurs les fibres lisses dissociées semblent former comme des alvéoles ; mais nulle part nous n'avons vu de trames conjonctives.

Nous avons comparé ces éléments cellulaires, au point de vue de leur forme et de leurs dimensions, avec des cellules du placenta du cobaye, du placenta humain, enfin d'une caduque hypertrophiée, dans un cas d'avortement à trois mois. Partout la similitude était absolue. »

Abel. — *Carcinomes utérins opérés depuis plusieurs années et non récidivés* (Soc. Méd. berlinoise, 6 nov. 1895).

Abel cite deux cas de carcinome de l'utérus extirpés, l'un il y a quatre ans et l'autre il y a deux ans et demi ; actuellement on ne constate pas de récidive. Chez une troisième malade, dont le néoplasme intéressait la paroi postérieure du vagin avec propagation au tissu cellulaire péri-utérin, l'ablation de l'utérus date de plus d'un an ; il n'existe pas de récidive.

P. Malapert. — *Cancer utérin ; hystérectomie* (Poitou méd., 1er décemb. 1895, p. 265).

Malade d'apparence vigoureuse, bien constituée, mais anémiée et pâle, 46 ans.

Depuis plusieurs mois, pertes sanguines presque continuelles avec des hémorragies plus abondantes de temps à autre. Légères pertes blanches

ayant de l'odeur, pas de douleurs. Le toucher révèle l'existence d'une ulcération ayant détruit la plus grande partie de la lèvre antérieure ; la lèvre postérieure est recouverte de bourgeons saillants et saignants. L'orifice utérin est élargi et le doigt introduit dans son intérieur fait reconnaître la présence de ces mêmes fongosités. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et la pression dans les culs-de-sac latéraux ne détermine aucune douleur.

Hystérectomie, la malade sort guérie de la maison de santé 22 jours après l'opération.

Depuis cette époque, 5 mois, la coloration du visage est redevenue normale, la malade a notablement engraissé et n'éprouve même aucun des malaises qui suivent si souvent l'ablation de la matrice. L'examen de la pièce enlevée a montré que l'infiltration cancéreuse dépassait la limite supérieure du col et avait envahi la muqueuse du corps utérin.

Carrière. — *Zona femoro-cutané dans un cas de cancer de l'utérus* (Cong. méd. de Bordeaux et Bulletin méd., 18 septembre 1895).

Femme de 45 ans, portant un cancer de l'utérus inopérable, pendant l'évolution duquel elle est atteinte d'une éruption de zona typique sur le territoire du nerf fémoro-cutané gauche. Mort un mois plus tard. L'examen de ce nerf a montré des lésions très avancées de névrite parenchymateuse. Pour l'auteur, cette névrite doit être rapportée à l'action directe et locale des toxines cancéreuses. Le zona, qui en a été la principale manifestation, est le premier exemple signalé en pareil cas.

Gross. — *Sarcome intra-utérin* (Rev. Méd. de l'Est, 15 nov. 1895, p. 696).

Gross présente un sarcome intra-utérin, provenant d'une femme opérée, la veille, d'hystérectomie. La malade, âgée d'une cinquantaine d'années, souffrait depuis longtemps de douleurs métritiques et avait eu d'abondantes hémorrhagies. Un curettage utérin avait démontré qu'il s'agissait de sarcome. La pièce a toutes les apparences d'un polype intra-utérin.

Desbonnet. — *Cysto-sarcome de l'ovaire droit. Fibromes utérins. Ovariotomie, hystérectomie abdominale avec pédicule suturé à la paroi; guérison* (J. des sc. méd., Lille, et Arch. Tocol. Juillet, p. 546, 1875).

Multipare, 55 ans. Ménopause à 44 ans. Métrorragie trois ans plus tard. Depuis quatre années, douleurs et augmentation considérable du ventre. Amaigrissement et diminution des forces. A l'examen direct tumeur dure, rénitente, occupant toute la région droite de l'abdomen; du côté gauche sensation d'une rénitence profonde; au niveau de l'ombilic, surface plus résistante. Prolapsus de l'utérus dont le col gros, mou et violacé est porté en arrière et dont la cavité paraît mesurer 16 centimètres. Rectocèle et cystocèle.

Hystérectomie abdominale; la tumeur et l'utérus fibromateux sont enlevés. Par le microscope on note que plusieurs tumeurs interstitielles de l'utérus étaient des fibromes et que la grosse tumeur annexielle était un cysto-sarcome de l'ovaire.

3. *Annexes de l'appareil de la génération*

Rotter. — *Perfectionnements apportés à l'opération du cancer du sein* (Soc. Méd. Berlin et Bulletin Méd., 17 nov. 1895).

En quatre ans, Rotter a opéré 19 cancers du sein avec les plus récents perfectionnements. 17 de ces femmes vivent encore sans récidive et 2 seulement ont eu une récidive locale. Tandis qu'autrefois, la proportion des récidives variait de 47 à 59 °/₀, Rotter a pu l'abaisser à 8 °/₀.

Pour prévenir les récidives locales ou dans l'aisselle, l'auteur conseille l'ablation de toute l'épaisseur du faisceau sternal du muscle grand pectoral. Cette ablation facilite, d'ailleurs, le nettoyage de l'aisselle et la fermeture de la plaie avec la peau des parties voisines, malgré le sacrifice d'une large portion des téguments. Si le muscle est envahi par le cancer, il faut l'enlever en entier. Si les ganglions sous-claviculaires sont malades, le faisceau claviculaire doit être sacrifié et pour mieux curer l'aisselle, il ne faut pas hésiter à enlever le petit pectoral.

Comme autres perfectionnements de l'opération, Rotter insiste encore sur l'ablation très large des téguments et sur l'ablation en un seul bloc de toutes les parties malades. Des 19 opérées, deux seulement ont succombé, l'une, très grosse, de septicémie; la suture des téguments avait eu lieu sans drainage et l'autre de pneumonie. Toutes les autres ont guéri rapidement et, malgré l'extirpation partielle ou totale du grand pectoral, on n'observe chez elles que fort peu de gêne dans les mouvements du bras.

E. Rochard. — *Un cas de mastite carcinomateuse* (Union Méd., 6 juill., p. 313, 1895).

Femme de 49 ans, présentant, depuis six mois, une augmentation de volume du sein. En juillet 1894, on constate une masse volumineuse, douloureuse, également dure dans toute son étendue et offrant une teinte rouge, inflammatoire, intense. Pas de rétraction du mamelon; adhérences aux tissus sous-jacents; engorgement ganglionnaire de l'aisselle.

Compression du sein à l'aide d'un bandage ouaté; disparition des phénomènes inflammatoires, mais persistance d'une tumeur profonde,

dont la nature ne peut laisser aucun doute. Le 12 septembre, ablation du sein et curage de l'aisselle ; cinq mois plus tard, récidive au milieu de la cicatrice ; généralisation rapide et mort six semaines après, c'est-à-dire quinze mois après le début de l'affection. Cancer épithélial au microscope.

Généralités

Ch. Richet. — *Effets toxiques des injections veineuses de tumeurs cancéreuses ulcérées et non ulcérées chez les animaux* (Soc. biol., 2 août, p. 601, 1895).

Les expériences entreprises par l'auteur démontrent que l'extrait de tumeurs cancéreuses non ulcérées ne détermine chez les animaux aucun phénomène morbide, tandis que les injections d'extraits de tumeurs ulcérées les tuent très rapidement. Les accidents observés rappellent ceux que provoque une embolie.

Comme les extraits ont été filtrés et sont limpides, Richet admet qu'ils provoquent une coagulation du sang, cause de l'embolie.

En ce qui concerne les effets du sérum cancéreux, que l'auteur a injecté dans vingt-cinq à trente cas de cancers graves inopérables, on a constaté, sinon la guérison, du moins une amélioration considérable, caractérisée par la diminution de la tumeur, la disparition de la douleur et des sécrétions. Cette amélioration n'est, il est vrai, que momentanée.

J. Héricourt et Ch. Richet. — *De la sérothérapie dans le traitement du cancer* (Acad. des Sciences, 21 oct. 1895).

Cette note a pour but de montrer les effets de la sérothérapie d'après une nouvelle série d'une cinquantaine d'observations. Les résultats sont ainsi consignés :

A) *Les douleurs diminuent.* — C'est là un effet, qui était tout à fait inattendu, des injections de sérum. On sait que, dans les néoplasmes, il y a des douleurs très vives, continues ou avec exacerbations nocturnes. Mais, après les injections, on note un apaisement presque immédiat, qu'on observe parfois dès la première injection. Ce phénomène remarquable se maintient tout le temps que dure le traitement, et même continue après qu'on l'a interrompu. En outre, il est presque constant, et le fait que des douleurs, dues à des néoplasmes, n'aient pas été très amendées par les injections de sérum est absolument exceptionnel.

B) *Les ulcérations s'améliorent.* — Les plaies, recouvertes d'un enduit grisâtre, avec un écoulement sanieux, ichoreux, souvent sanguinolent et

fétide, subissent une transformation rapide. Elles se détergent, prennent l'aspect des bourgeons granuleux normaux ; et la cicatrisation peut même se pousser très loin. Dans trois cas d'ulcérations épithéliomateuses du col de l'utérus, dans deux cas d'ulcérations cancroïdales de la langue et des lèvres, dans deux cas d'ulcérations carcinomateuses très étendues du sein, la cicatrisation a été presque complète, laissant à peine quelques millimètres carrés de bourgeons cancéreux non cicatrisables. Notons enfin que la tendance aux hémorragies s'amende rapidement.

C) *Les tumeurs diminuent de volume.* — Pour bien apprécier la nature de cette diminution, parfois considérable, il faut envisager : 1° le gonflement des tissus voisins du néoplasme ; 2° les ganglions lymphatiques engorgés en rapport avec le néoplasme ; 3° le néoplasme lui-même. Or : 1° l'infiltration des tissus voisins de la tumeur, indurés, épaissis, se résorbe rapidement : 2° les ganglions engorgés se réduisent et, dans la moitié des cas environ, arrivent à n'être plus que de petits noyaux indurés ; 3° le néoplasme lui-même subit parfois des diminutions considérables. Dans trois cas de carcinome du sein récidivé, cette réduction, notée exactement, est arrivée jusqu'au tiers des dimensions primitives. Dans un cas d'ostéosarcome du fémur non ulcéré, la diminution de volume a été également considérable, cessant quand on suspendait les injections, pour recommencer quand les injections étaient reprises, sans qu'on ait pu toutefois faire diminuer la tumeur de plus de moitié.

D) *L'évolution de la maladie est retardée.* — Dans les cas les moins favorables, sauf encore quelques exceptions, les injections de sérum, tout en ne diminuant guère la tumeur, en ont retardé l'évolution d'une manière évidente. C'est un fait que nous n'hésitons pas à affirmer, quoiqu'il s'agisse d'une constatation difficile à faire.

Ce retard est surtout appréciable dans la période qui suit la phase de réduction.

E) *L'état général s'améliore.* — Cette amélioration se fait parfois dans des proportions telles, que des malades, auxquels les médecins ne donnaient plus que quelques jours de vie, ont pu survivre deux, trois mois et plus ; et quelques-uns de ceux-là vivent encore.

Bien entendu, tous ces phénomènes sont variables en intensité, et il est des cas, peu nombreux il est vrai, où aucune amélioration, ni générale, ni locale, n'a été notée.

Mais, dans l'ensemble, pour les quatre cinquièmes des cas, le tableau des améliorations dues à la sérothérapie, tel que nous venons de le tracer, est vigoureusement exact.

Malheureusement *cette amélioration ne va pas jusqu'à la guérison.* Parfois, au bout d'un mois, un mois et demi, deux mois, une accoutumance aux effets du sérum s'établit. L'état général et local, au lieu de poursuivre son amélioration, reste stationnaire puis finit par revenir (lentement, il est vrai) au point de départ. De nouveaux foyers cancéreux

se produisent au voisinage des anciens foyers partiellement guéris. Mais l'évolution de cette récidive est beaucoup plus lente que ne l'avait été celle de la maladie primitive.

Ces injections de sérum sont inoffensives. Elles produisent vers la troisième ou quatrième injection, rarement plus tôt, quelquefois plus tard, une éruption urticaire, érythémateuse, comme en produisent d'ailleurs tous les sérums, ainsi que nous l'avions constaté les premiers dans nos essais de sérothérapie datant de 1890 (*Bull. de la Soc. de Biol.*, 17 janvier 1891). Dans quatre cas, l'injection a provoqué des accidents syncopaux (rapidement dissipés) dont la cause nous est encore inconnue.

Peut-être les injections sérothérapiques seraient-elles de nature à empêcher, ou tout au moins à ralentir les récidives. Deux cas nous autorisent à formuler provisoirement cet espoir. Qui sait si, en combinant cette méthode à l'opération par l'instrument tranchant, on n'obtiendra pas des résultats favorables. C'est un point important sur lequel nous attirons l'attention des chirurgiens.

Ce sérum préparé d'après la méthode que nous avons indiquée, est-il ou non spécifique ? Il est difficile de l'affirmer en toute certitude. Toutefois un cas observé par M. Ferré, et un autre par l'un de nous, tendent à nous faire croire que, si le sérum d'un animal normal n'est pas tout à fait sans action, il est bien moins actif que le sérum d'un animal immunisé. C'est ce que nous avions vu en 1888, pour le staphylococcus pyosepticus, et en 1890 pour le microbe de la tuberculose.

En somme, pour conclure, nous pouvons dire que, si le traitement sérothérapique n'est pas encore apte à guérir radicalement les néoplasmes, il les améliore du moins rapidement, et à un degré tel, qu'aucun traitement connu n'est capable, à beaucoup près, de produire des effets, qui se rapprochent autant de la guérison complète.

Duplay, Cazin et Savoire. — *Recherches sur l'urologie des cancéreux.* (Arch. génér. de Méd., juillet 1885, p. 5).

D'un certain nombre d'analyses d'urine faites chez des cancéreux, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

L'hypoazoturie n'est pas constante chez les cancéreux et ne devient réelle que lorsque les malades ne peuvent plus s'alimenter. Tant que la nutrition est assurée par un régime convenable, l'azoturie est normale; chez 13 de nos malades, malgré l'état avancé des lésions cancéreuses, la moyenne de l'urée excrétée quotidiennement par l'urine s'est constamment maintenue entre 18 et 26 grammes. Lorsque au contraire l'alimentation est nulle ou presque nulle, on voit le taux quotidien de l'urée diminuer considérablement.

L'hypoazoturie, par conséquent, ne doit pas être considérée comme symptomatique des affections cancéreuses, mais simplement comme une

des manifestations que peut entraîner la cachexie cancéreuse, lorsque les malades ne peuvent plus s'alimenter.

De même l'hypophosphaturie et l'hypochlorurie n'ont rien de constant chez les cancéreux et ne constituent, pas plus que l'hypoazoturie, des éléments de diagnostic.

Czerny. — *Sérothérapie du cancer et du sarcome* (Deustch. Med. Woch., 24 oct. 1895, p. 712).

Czerny a soumis quelques néoplasmes à des injections de liquide préparé après culture mixte de streptocoque et de bacillus prodigiosus sur bouillon. Ces injections, faites dans la tumeur à la dose de 1 à 6 cent. cubes, ont été pratiquées dans quatre sarcomes et quatre carcinomes.

Sur ces derniers elles n'ont exercé aucune influence. Dans trois cas de sarcomes naso-pharyngiens, bien que ces injections aient été encore peu nombreuses, les malades en ont retiré un réel bénéfice. Dans le 4me cas le succès a été des plus manifestes. Il s'agissait d'une femme de 35 ans, atteinte d'un sarcome à petites cellules de la parotide droite, ayant envahi l'oreille et la région sous-maxillaire du côté correspondant. Les trois premières injections furent suivies d'une réaction violente avec tuméfaction de la tumeur. Après la quatrième injection il y eut une diminution notable de la tumeur. Après la douzième, la tumeur de l'oreille et de la région sous-maxillaire ont complètement disparu, la parotide indurée avait repris sa consistance normale, et il ne reste plus de la tumeur que deux ou trois nodules sous-cutanés.

Malgré ce petit nombre de faits, Czerny croit pouvoir formuler les propositions suivantes :

L'injection des cultures mixtes de streptocoques et de bacillus prodigiosus, stérilisées à la chaleur, provoque déjà à dose minimum de la fièvre avec frissons, délire, état gastropathique, herpès labial, etc. L'intensité de la réaction dépend de la sensibilité particulière de l'individu et de la quantité de liquide injectée ;

Tous ces phénomènes disparaissent au bout de quelques heures sans laisser de traces. Si les injections sont répétées souvent, il survient de l'anémie, de l'inappétence, de l'amaigrissement ;

Les injections *peuvent* exercer une influence spécifique sur les tumeurs *sarcomateuses* et amener la guérison de ces dernières. Les tumeurs s'imbibent de sérosité et s'affaissent, ou bien elles se résorbent, ou bien encore elles s'éliminent après ramollissement et nécrose ;

Comme l'effet des injections est tout à fait incertain, elles ne peuvent remplacer, ni rendre inutiles les interventions chirurgicales. Ces injections sont par conséquent indiquées dans les tumeurs inopérables ou ayant récidivé, et, peut-être, à titre prophylactique, après l'ablation des tumeurs malignes ;

Les injections semblent n'exercer aucun effet sur les carcinomes.

F. Hue. — *Cancer et acide arsénieux* (Normandie méd., 1er nov. p. 414, 1895).

Hue, ayant constaté de nombreuses fois l'efficacité de la pâte arsenicale contre les cancroïdes de la face, a essayé l'acide arsénieux en injections dans les tumeurs cancéreuses. Le liquide qu'il a employé a été préparé d'après la formule suivante : acide arsénieux, vingt centigrammes ; cocaïne, un gramme ; eau bouillie, cent grammes. Deux ou trois centimètres cubes de cette solution ont été injectés chaque jour.

Parmi les malades ainsi traités, un certain nombre ont été très améliorés et deux d'entre eux, atteints de récidive d'épithélioma de la joue et de cancer du sein, ont été *entièrement guéris*. L'acide arsénieux aurait non seulement une action retardante sur la marche du cancer, mais encore une action plus directe sur le cancer lui-même.

Schlesinger. — *Mélanose arsenicale chez un sujet atteint de lympho-sarcome* (Bull. Soc. de Méd. de Vienne, 25 oct. 1895).

Homme atteint de lympho-sarcome de l'aisselle ; traitement par la liqueur de Fowler. Au bout de quelque temps de ce traitement, la peau a pris une teinte foncée. Suppression de l'arsenic. La même coloration, encore plus intense, s'est reproduite plus tard à l'occasion de la reprise du traitement prescrit pour lutter contre un nouvel engorgement ganglionnaire.

A.-R. Parsons. — *Névrites multiples consécutives à la cure arsenicale du cancer* (Dublin journ. of. med. scienc, 2 sept., p. 199).

Femme de 29 ans : cancer du sein droit, application d'un emplâtre arsenical. Très peu de temps après (6 heures), la malade fut prise de vomissement et de diarrhée et à ces symptômes d'empoisonnement s'ajouta dans la suite de la paralysie des jambes et des mains avec hypéresthésie et suppression des réflexes. Ces derniers accidents, imputables à une névrite périphérique, disparurent mais non complètement, car il persista de l'incoordination des mouvements de la main.

Law Webb. — *Les mineurs sont-ils réfractaires au cancer?* (Montpellier méd., 2 nov. 1891).

Law Webb, d'Ironbridge, qui exerce depuis 25 ans dans le district houiller de Shropshire, n'a pas encore vu, durant cette longue période, un seul cas de maladie cancéreuse chez un mineur travaillant dans les galeries de houille.

« Le relevé des registres mortuaires du district, dit le Dr Webb, montre que de toutes les personnes, dont la mort a été attribuée à une affection cancéreuse durant les 30 dernières années, deux seulement sont désignées

comme mineurs travaillant dans les mines de charbon. De ces deux sujets, l'un avait renoncé depuis longtemps à son pénible métier pour la profession de chasseurs de rats; l'autre mourut dans un workhouse, et ne travaillait plus dans la mine depuis un certain temps. Il faut savoir que dans ce même district le cancer est très commun et s'observe souvent chez les ouvriers qui travaillent le fer, chez les mouleurs, chez les cultivateurs. »

Un autre médecin qui exerce dans le même district n'a pu non plus se rappeler un seul cas de cancer chez les mineurs.

Toutefois, l'immunité ne s'étendrait pas aux sarcomes.

Quoi qu'il en soit, Webb attribue cette immunité à l'habitude qu'ont les mineurs de boire surtout du thé ou du café sans lait, soit pendant leur travail, soit à leurs repas, et de ne boire que très rarement de l'eau.

La théorie de la transmission du cancer par l'eau et par suite la théorie parasitaire du cancer trouveraient dans le fait signalé par Webb un argument nouveau. Mais il faudrait d'abord s'assurer si le fait même de l'immunité du mineur est réel.

A. Guinard. — *Récidive des tumeurs malignes par inoculation opératoire* (Union méd., 28 septembre 1895, p. 457).

Ce fait concerne un homme de 50 ans, atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure propagé à un ganglion sus-hyoïdien. Dans une première séance, l'épithélioma de la lèvre est enlevé et la plaie suturée. Le malade ayant quitté l'hôpital le lendemain, il se produit une désunion de la plaie dans les jours suivants; un mois après la première opération, on fait l'ablation du ganglion volumineux et ramolli sans pouvoir éviter la rupture de sa coque; avivement et sutures des lèvres de la plaie et, de chaque côté, à quatre centimètres de la ligne de suture, incision libératrice de deux centimètres. Six mois plus tard, on constate que l'incision libératrice, du côté droit, est transformée en une ulcération épithéliomateuse et qu'au niveau de l'angle de la mâchoire existe une masse ganglionnaire, également ulcérée. Ce fait inspire à l'auteur les considérations suivantes :

Toutes les fois qu'on pratique l'ablation d'une tumeur maligne. il faut éviter de la morceler pour ne pas infecter les instruments, les bords de la plaie et les mains du chirurgien et des aides.

Lorsqu'au cours d'une opération, on aura pénétré dans un tissu néoplasique avec un instrument quelconque : bistouri, ciseaux, pinces, aiguilles, etc., il est indispensable de stériliser cet instrument avant de s'en servir de nouveau pour la fin de l'opération.

Lorsqu'on aura pratiqué une laparotomie pour l'extirpation d'un néoplasme malin viscéral, on aura soin de border avec des compresses les lèvres de la plaie pariétale, pour éviter tout contact de la tumeur avec ces lèvres et leur inoculation possible.

Il est bien entendu que les mêmes conclusions s'appliquent aux mains du chirurgien et des aides, qui doivent être stérilisées chaque fois qu'il y aura eu contact direct avec la surface de la section d'un néoplasme malin.

Piccinino. — *Sarcome développé derrière une rate malarienne et kyste hydatique du foie* (Bulletin méd., 14 juillet 1895).

A l'autopsie d'une aliénée chez laquelle on avait constaté une augmentation du foie, de l'albumine dans les urines et une gastro-entérite dysentérique, l'auteur a trouvé cinq gros kystes hydatiques dans le foie, une hypertrophie de la rate et, derrière cet organe, un sarcome endothélial adhérent à la colonne vertébrale et du poids de deux kilogr.

M. Kopfstein. — *Action du sérum de l'érysipèle sur le carcinome et les autres tumeurs cancéreuses* (Wiener Klin. Rundschau, 18 août, p. 515, et 25 août, p. 533).

Par des expériences, conduites suivant une méthode se rapprochant de celle de Emmerich et Scholl, Kopfstein a préparé des sérums avec des toxines de l'érysipèle et il a traité avec ces sérums 15 malades, dont 13 atteints de cancer, un de sarcome et un de lymphome malin. Les injections dans la tumeur étaient faites à la dose de 1 à 3 grammes de sérum.

Les manifestations cliniques ont été les suivantes : douleur interne dans la tumeur ; céphalalgie fréquente et douleurs très accentuées entre les omoplates et dans la région lombaire ; quelquefois douleurs articulaires. Frissonnements ou plus souvent frissons durant trois quarts d'heure à une heure, s'accompagnant de cyanose et de faiblesse, et d'élévation de la température. Chez quelques sujets, nausées, vomissements, bourdonnements d'oreille, diarrhée, palpitations, épistaxis et dyspnée.

Comme modifications locales, nous relevons : augmentation du volume des *métastases* après les injections faites dans la tumeur primitive et après les injections faites dans ces métastases sans changement dans la tumeur primitive.

Mêmes modifications du côté des *tumeurs primitives non ulcérées*. Sur les *tumeurs ulcérées* on a observé une détersion du fond, une diminution de la sécrétion et une diminution de saillie et de dureté des bords. Dans un cas de lymphone malin pas de modification, et dans un cas de sarcome iliaque, aggravation. En résumé, Kopfstein estime que le sérum anti-cancéreux ne possède qu'une action locale et ne donne lieu qu'à des modifications de nature inflammatoire. Jusqu'alors il ne saurait être question de guérison.

Czerny. — *Recherches sur le traitement des tumeurs malignes par les toxines du microbe de l'érysipèle* (Münch. med. Woch., 3 septembre 1895, p. 833).

Czerny a employé le *Modus faciendi*, décrit par Coley, dans un certain nombre de néoplasies malignes (cancers variés, sarcomes naso-pharyn-

giens); il n'en a retiré que des résultats peu encourageants. De l'analyse de ces faits, il tire les conclusions suivantes :

1° Les cultures mixtes du microbe de l'érysipèle et du micrococcus prodigiosus stérilisées, mais non filtrées, employées en injections à petites doses, provoquent une fièvre rapidement croissante, souvent accompagnée de frissons, d'embarras gastrique, de céphalalgie, de délire, parfois de l'herpès labial, presque toujours sans symptômes d'inflammation locale. L'intensité de la réaction dépend de la prédisposition individuelle, de la quantité du liquide injecté et enfin de ce que l'injection a été faite dans les mailles du tissu conjonctif ou dans les vaisseaux sanguins ;

2° Les symptômes ainsi provoqués disparaissent au bout de quelques heures sans laisser après eux de troubles persistants de l'état général. Si les injections sont fréquemment répétées, il survient de l'inappétence, de l'amaigrissement, de l'anémie et de l'apathie ;

3° Les injections peuvent déterminer sur les tumeurs sarcomateuses une action spécifique et, dans les cas favorables, amener la guérison. Ces tumeurs s'infiltrent alors de sérosité, et s'affaissent ensuite simplement par le fait d'une résorption, ou bien elles se ramollissent, se nécrosent et s'éliminent par fragments ;

4° Comme ces résultats sont encore absolument incertains, cette méthode de traitement ne peut pas remplacer et rendre inutile l'ablation chirurgicale. Provisoirement, elle n'est indiquée que dans les cas inopérables ou dans les récidives. Peut-être devra-t-on la mettre en usage à la suite des opérations de sarcome pour en prévenir la récidive ;

5° Dans les cas de carcinome, ces injections amènent tout au plus un ralentissement du développement, mais non pas une guérison.

J.-B. Roberts. — *Traitement des tumeurs malignes par les toxines du microbe de l'érysipèle* (Thérap. Woch., n° 36).

Roberts a appliqué la méthode de Coley à trois malades. L'un était atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure et du menton : 8 injections de 1 c. c. Aucune amélioration ; mort rapide. Le deuxième malade présentait une masse ganglionnaire de l'aîne consécutive à un sarcome du talon. Les injections ont déterminé des symptômes de lymphangite et de phlébite étendues, sans modification ganglionnaire. Dans le troisième cas, il s'agissait de récidive de sarcome des os du bassin. Pas de résultat favorable.

Mayet. — *Faits relatifs à la pathogénie du cancer* (Congr. de méd., Bordeaux et Bulletin méd., 18 sept. 1875).

L'auteur, après avoir rappelé un certain nombre de faits en faveur d'une altération humorale dans le cancer, relate le phénomène suivant que l'on peut invoquer dans le sens de l'existence de produits toxiques dans les néoplasmes cancéreux.

Sur une préparation de sérosité de vésicatoire observée à + 38° au moyen de la platine chauffante, on constate l'existence de nombreux leucocytes doués d'une notable activité amiboïde. Si l'on fait une semblable préparation en mélangeant la sérosité du vésicatoire avec un volume égal de suc extrait par expression d'un cancer, on note alors que les mouvements amiboïdes prennent une étendue et une rapidité au moins double de ceux qu'ils présentaient avant ce mélange.

Frarier. — *Dégénérescence sarcomateuse d'un lipome* (Province méd., 16 nov. 1895, p. 545).

Homme de 60 ans, portant, depuis 10 ans, à la face interne et moyenne de la cuisse gauche, une tumeur ayant notablement grossi dans les derniers mois. Ablation. Cette tumeur sous-aponévrotique a été considérée comme une lipome, ayant subi la dégénérescence sarcomateuse. Pas d'examen histologique.

Auvray. — *Cysto-sarcome du bras droit* (Bull. Soc. anat., n° 2, fév. 1895).

Homme de 36 ans, sans antécédents pathologiques, atteint d'une tumeur du bras qui, depuis six mois, s'est graduellement développée. Elle offre le volume d'une tête d'enfant et occupe la face postérieure et les faces latérales de l'os dans ses deux tiers supérieurs. De consistance molle, rénitente, fluctuante par places, elle adhère à la peau, elle paraît mobile sur les parties profondes. Désarticulation de l'épaule ; la tumeur était située dans l'épaisseur du triceps et s'était développée à la face externe d'une aponévrose intra-musculaire et avait donné des prolongements qui s'étaient insinués à une grande distance entre les faisceaux musculaires, ce qui aurait été un obstacle à l'énucléation complète de la tumeur.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome, présentant les myéloplaxes et les néo-capillaires des sarcomes périvasculaires et qu'il était constitué par les éléments proliférés du tissu vaso-formateur de l'embryon.

Thèses et Brochures

E. Desgranges. — *Etude sur les sarcomes kystiques de la mamelle* (Thèse, Paris, 1895, n° 415).

Dans cette étude, l'auteur a cherché à mettre en relief ce qui est spécial à l'adéno-sarcome kystique du sein. Affection assez fréquente, évoluant

ordinairement chez les femmes âgées de 35 à 50 ans, cette variété de tumeurs offrent des caractères anatomo-pathologiques bien définis. Au centre on trouve une tumeur sarcomateuse (globo ou fuso-cellulaire) et à la périphérie des cavités kystiques que l'on peut ramener à trois groupes principaux : kystes par extravasation (exceptionnels) ; kystes par dégénérescence (peu fréquents) ; kystes par rétention (fréquents).

Deux périodes caractérisent l'évolution clinique de ces tumeurs. La *période kystique*, dans les premiers temps de laquelle on observe peu de symptômes fonctionnels, est constituée par l'apparition de la tumeur qui prend graduellement un développement progressif, tout en restant mobile. Sous les téguments plus ou moins marbrés, par gêne de la circulation en retour on perçoit la masse néoplasique. Au bout d'un certain temps elle apparaît, écrit Desgranges, en général volumineuse, du volume d'une orange, du poing, d'une tête de fœtus, ou d'enfant nouveau-né. Cette masse est irrégulière ; elle présente des lobulations en nombre plus ou moins considérable, se traduisant par des bosselures inégales, dont les unes sont enchâssées à l'intérieur de la tumeur principale, dont les autres ont tendance à faire plus ou moins relief et à devenir indépendantes du noyau mère. Le nombre de ces bosselures est des plus variables ; tantôt on n'en constate qu'une ou deux ; d'autres fois le palper en montre un nombre plus considérable, c'est la forme polykystique de l'adéno-sarcome mammaire. Leur volume diffère singulièrement sur les unes et sur les autres ; en général il est en rapport avec le volume même de la glande et de la tumeur principale. Leur consistance est un élément important de diagnostic ; les unes donnent une consistance dure, élastique, ce sont celles qui correspondent aux parties solides de la tumeur ou aux parties intra-kystiques ; d'autres offrent une fluctuation non douteuse, plus ou moins nettes suivant l'épaisseur des parois de la poche et suivant la tension même du liquide contenu dans celle-ci. Le contraste de consistance fourni par ces bosselures de la tumeur constitue un signe de haute valeur et est à peu près pathognomonique de l'adéno-sarcome kystique du sein.

A côté de ces noyaux secondaires la palpation découvre parfois un noyau plus volumineux, plus profond ou plus superficiel qu'eux, en tout cas le plus ancien et qui constitue le noyau originel, point de départ de la tumeur. Ce noyau, comme les précédents, paraît bien nettement circonscrit. Pas d'extension comme dans le cancer. Pas d'engorgement ganglionnaire.

L'état général reste assez longtemps satisfaisant et il ne commence à décliner que pendant l'évolution de la deuxième période, la *période d'ulcération* qui est la phase ultime de l'affection.

Le pronostic, quelquefois moins grave que celui du carcinone, n'en doit pas moins engager à pratiquer l'ablation de la tumeur et, en cas de récidive, l'amputation du sein : « Ablation totale qu'il nous paraît plus » prudent de pratiquer d'emblée ».

P. Apéry. — *Valeur diagnostique de l'indican, de l'acétone, des peptones et du taux de l'urée dans l'urine, au point de vue du carcinome* (Soc. Méd. de Constantinople, 8 fév. et Broch. 1895).

Apéry, après avoir rappelé les travaux d'un certain nombre d'auteurs, desquels il résulte que l'indican a perdu l'importance diagnostique qu'on lui avait attribuée, ajoute que, d'après un nombre d'analyses d'urine considérable (6.000), il est forcé d'admettre la présence de ce corps, dans l'urine, comme un élément physiologique anormal ou bien pathologique normal.

En ce qui concerne l'acétone, les peptones et l'urée, les documents analysés par l'auteur et ses recherches personnelles l'ont amené à cette conclusion que « ni la présence, ni la proportion de l'indican, de l'acétone » et des peptones dans les urines, comme le veut M. Th. Akestoridès, ni » l'augmentation du taux de l'urée, comme l'a avancé M. le Dr Serpossian, » ne sont des signes d'une valeur quelconque pour diagnostiquer le » cancer. »

Toutefois, si jusqu'à ce jour l'analyse de l'urine ne peut fournir aucune indication particulière dans le cancer, elle peut cependant être de quelque utilité, car, d'après les modifications que subit ce liquide, elle révèle la marche envahissante du néoplasme. Ces réflexions faites, Apéry termine sa communication par ces quelques lignes :

Un signe caractéristique par lequel l'on pourrait constater le cancer en faisant l'analyse des urines, c'est la présence d'une ptomaïne particulière que M. Griffiths est parvenu à extraire et à isoler récemment de l'urine des malades atteints de cancer et qu'il a appelée *cancérine*. Cette ptomaïne est blanche, cristallisant en aiguilles, soluble dans l'eau, possédant une réaction alcaline. Elle forme un chloroplatinate, un chloraurate et un chlorhydrate, elle donne un précipité jaune avec l'acide phosphotungstique, brunâtre avec l'acide phosphomolybdique et avec le réactif de Nessler, rouge avec le nitrate d'argent, gris avec le bichlorure de mercure. Elle correspond à la formule $C^8\ H^5\ AzO^5$.

La cancérine est très toxique ; elle produit la fièvre et donne la mort dans les trois heures ; elle ne se rencontre pas dans l'urine normale.

Lorsqu'il sera donc prouvé que la cancérine ne se trouve que dans les urines des carcinomateux, l'analyse des urines pourra, mais seulement alors, être un précieux moyen, sinon le seul, pour diagnostiquer le cancer.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(SECOND SEMESTRE DE 1895)

Appareil de la locomotion

OPPENHEIM. Tumeur de la colonne vertébrale (Berl. Kl. Woch., 25 nov., p. 1025). — LEES (F.). Sarcome du sacrum (Lancet, 23 nov., p. 1288). — DUPLAY (S.). Fracture spontanée par ostéo-sarcome (Journ. des praticiens, 7 déc., p. 369). — MUSSER (J.-H.). C. secondaire des os, fractures

multiples (University Med. Magaz. Philad., oct., p. 1). — HAMMER. Tumeurs du maxillaire supérieur (Arch. f. path. anat., 3 déc., p. 503). — FAHLENBOCK. Sarcome central à cellules géantes du calcanéum (Deut. zeits. f. chir., 25 oct., p. 175). — MORELLI. Sarcome du sphénoïde (Ass. des méd. des hôpit. Budapesth, 16 oct.). — GALLOZZI. Sarcome du périoste du radius. Amputation (Riforma Med., 7 déc., p. 691). — MIKULICZ. Résections étendues des os longs, pour tumeurs malignes (Arch. f. Klin. chir. III, p. 660). — STOKES (W.). Traitement opératoire du C. du maxillaire, de la langue et des lèvres (Dublin. Journ. of. Med. Scienc., 1er mars, p. 193). — MARCKWALD. Endothéliomes intra-vasculaires multiples dans les os du squelette (Arch. f. path. anat , 2 juillet, p. 128). — WALCH. Ostéo-sarcome du bassin (Soc. anat. Paris, juin, p. 559). — LEGUEU. Sarcome de la clavicule (Soc. anat. Paris, juin, p. 556). — TAPIE. Epithélioma kystique adamantin du maxillaire inférieur (Arch. Méd. Toulouse, 15 juillet). — LEMICHEZ. Forme térébrante de C. du maxillaire inférieur (Journ. Sc. Méd. Lille, 13 juillet, p. 31). — THOMAS (F.-W.). Epithélioma du maxillaire supérieur (Med. News., 2 nov., p. 482). — SOLA (E.-G.). Sarcome des sinus sphénoïdaux (Rev. Med. y. Cirugia pract., 5 sept., p. 241). — JALLOT. Traitement de l'ostéo-sarcome (Thèse, Paris). — CARREL (F.). Des sarcomes du fémur (Thèse, Paris, n° 502).

Appareil de l'innervation

PAVIOT et GALLOIS. C. de la dure-mère (Province Méd., 14 déc., p. 599). — DENARIÉ. C. du Cerveau avec ataxie du membre sup. droit. (Loire Méd., 15 nov., p. 276). — GALAVIELLE et VILLARD. Sarcome volumineux du cerveau. (Arch. Neurol., juillet, p. 1). — BOTELER (W. C.). Gliome opéré avec succès (New-York. Méd. Rec., 31 août, p. 303). — CHIPAULT (A.). Traitem. chirurg. des tumeurs de l'encéphale. (Gaz. des hôp., 14 déc. p. 1411). — HUTTON. Gliome de la protubérance. (Brit. Méd., Journ. 30 nov., p. 1363).— PARSONS (A. R.). Névrites multiples après la cure arsenicale du C. (Dublin. Journ. of. Méd. Sc., 2 sept., p. 199). — CLARKE (J. M.) Endothéliome de la dure-mère spinale (Brain, Paix, LXX et LXXI, p. 256). — WEST (S.). Gliosarcome du cerveau (Id., p. 310). — STARR (A.). Tumeurs de la moelle épinière (Amer., Journ. of the Med. Sc., juin, p. 613). — BARBER. Gliosarcome des deux lobes du cervelet (Brookl. Med. Journ., août, p. 497). — WALTON (G.). Gliome du cerveau (Journ. of. Med. a Mental dis., sept., p. 553). — PRESTON (G.). Tumeur du cerveau, (id. p. 552). — FISHER et ERDMANN. Tumeur du cervelet avec autopsie (id. p. 544). — PICK (A.). Végétations myomateuses des enveloppes molles de la moelle rachidienne (Prayer Med. Woch. Sch., 3 oct., p. 453). — PASSON. Gliosarcome des tubercules quadrijumeaux (Deuts, Med. Woch.. 31 oct., p. 733). — STEWART. Gliosarcome du cerveau. (Med. a Surg. Report., 5 oct., p. 410).

Appareil des sens spéciaux

PANAS. Cancroïdes de l'œil (Gaz. Méd., Paris, 23 nov., p. 555). — STORY. Cas fatal de sarcome de l'oreille (Journ. of. Méd. Sci., 1er nov., p. 454). —

Story. Tumeur maligne de l'oreille moyenne (Dublin Journ. of. Méd. Sci. 1er nov., p. 386). — Benson et Graves. Tumeur sarcomateuse de l'orbite (Id., p 453). — Parker (W. A.). Sarcome de la choroïde (Boston Méd. a Surg. Journ., 14 nov., p. 491). — Bull (Ch.-N.) Cas extraordinaire de tumeur de l'orbite (New-York Med. Journ., 16 nov., p. 620). — Spiegelberg. Tumeur de la gaîne du nerf optique; mélanosarcomatose étendue (Arch. f. path. anat., 3 déc., p. 553). — Collins (Treacker). Gliome bilatéral de la rétine, guéri par l'énucléation des deux yeux (Th. Lancet, 26 octobre, p. 1044). — Roberts (E.) Sarcome de l'orbite (Brit. Méd. Journ., 30 nov., p. 1364). — Van-Duyse. Endothéliomes de l'orbite (Arch. d'ophtalmol., nov., p. 664). — Becker. Tumeurs de la paupière (Arch. f. ophtalm. Bd XLI, III, p. 169). — Steiner (L.). Adenome pigmentaire de la conjonctive (Centralbl. f. Aug., oct., p. 303). — Panas. Des pseudoplasmes malins de l'orbite (Rev. génér. d'opht., 31 oct., p. 433). — Coppez (H.). Tumeur orbitaire (Arch. d'ophtalm., sept., p. 544). — Fourneaux. Sarcome primitif de la caroncule lacrymale (Journ. des Sc. Méd. Lille, 28 sept., p. 305). — Wiegmann. Fibro-sarcome primitif du nerf optique (Klin. Won. f. Augen., août, p. 272). — Piazza (L.). Adénome de la glande lacrymale (Ann. d. ottalin. XXIV, fas. 2-3). — Harlan (H.), Epithélioma des paupières (Journ. of. the. amér. Méd. assoc., 19 oct., p. 661). — Stamatiadès (A.). Trait. de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles (Thèse, Paris, n° 380). — Sonquez (Ez.). Des pseudoplasmes de l'orbite (Thèse, Paris, n° 428). — Monbouyran. Les tumeurs rares du naso-pharynx (Thèse, Paris).

Appareil de la digestion

1. — Partie sus-diaphragmatique du tube digestif.

Marwedel. Résection de l'œsophage dans le C. (Beitr. z. Klin. Chir. XIX, H.,3, p. 730). — Honsell. Tumeurs malignes des amygdales (Ibid., p. 737). — Dunham. Volumineux sarcome à cellules rondes de la langue (Amer. Journ. of. Med. Sc., sept., p. 259). — Blodge. C. de l'extrémité cardiaque de l'estomac (Boston Med. a Surg. Journ., 17 oct., p. 385). — Van Hassel. Néoplasme de l'œsophage, gastrostomie (Ann. Medico-chir. Bruxelles, août, p. 323). — Hang. Fibro-sarcome de l'orifice pharyngé de la trompe (Arch. f. Ohrenh., p. 198). — Morisani (D.). Cas d'adéno-carcinome de la langue (Giorn. internaz. delle Sc. Med., p. 441-498-553). — Lamphear. Deux cas de sarcome de l'amygdale (New-York Med. Journ., 3 août, p. 134). — Paviot. C. de l'œsophage; sonde à demeure pendant 146 jours (Prov. Méd., 30 nov., p. 566). — Katz. C. de la langue chez un syphilitique (Berl. Klin. Woch, 16 nov., p. 1013). — Hutton. C. de la bouche (Brit. Med. Journ., 30 nov., p. 1363). — Conner. C. des lèvres, de la langue et du pharynx (Ann. of. Surg., p. 445). - Miro y Calvo. Epithélioma de la lèvre inférieure, guéri par le sérum anticancéreux (Revista de Med. y Circ., 5 déc., p. 620). — Franchomme. Procédé opératoire pour

l'ablation des épithéliomes médians de la lèvre inférieure (Journ. Sc. Méd. Lille, 21 sept., p. 265). — Nissin (J.). C. de l'œsophage; atrophie de la rate (Soc. anat. Paris, juillet, p. 615. — Mourié. Du C. primitif du voile du palais et de la luette (Thèse Bordeaux). — Depage. Quatre cas d'extirpation du pharynx pour C. (Ann. soc. belge chir., 15 sept., p. 166.)

2. — Partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

Hammerschlar (A.). C. de l'estomac (Wien. Klin. gundsch., nos 23, 24, 25). — Littaner. C. de l'estomac et contusion (Med. a Surg. Reporter, p. 882). — Fischer. Deux cas du C. de l'estomac à marche lente (Wien. Med. Woch., 24 août, col. 1505). — Lenger. C. du pylore (Ann. Soc. Med. chir. Liège, juillet, p. 346). — Hacker (von). Opérations sur l'estomac dans le C. (Wien. Klin. Woch., 4 juillet, p. 489, août, p. 589-606-622). — Eiselsberg. C. non opérable du pylore (Verh. der deutsch. Gesc. f. chir. I, 54 ; II, 657). — Kœrte. Pièce relative à un C. cœcal extirpé (Id. I, 47). — Heuston. Excision du rectum pour affection maligne (Dublin Journ. of. Med. Sc., 2 sept., p. 193). — Evans. Traitement des affections malignes du rectum (Internat. Journ. of. Surg., Sept., p 270). — Mac-Loren. Résection du côlon pour un adéno-C. (New-York Med. Journ., 15 juin, p. 751). — Rose (W.). Entérectomie pour C. du côlon transverse (The Practit., août, p. 130). — Davey (Carthew). C. récidivant de l'estomac (Lancet, 13 juillet, p. 92). — Calzavara (C.). Adénome du tube digestif (Arch. f. path. anat., 5 août, p. 221). — Brosch (A.). Étiologie du C. du tube digestif (Wien. Med. Woch., 28 sept., col. 1689). — Jechuisen. Diagn. différ. des structures bénignes et malignes du pylore (Weck. von bret. Nederl. Tydsch., 19 oct., p. 738). — Keferstein. Sérum érysipélateux dans le C. de l'estomac (Allg. Med. Centralz., 12 oct., p. 973). — Achard. Complications infectieuses du C. gastrique (Soc. Méd. hôpit., 1er août, p. 618). — Deschamps. C. primitif du duodénum (France Méd., 27 sept., p. 609). — Porges (R.). Résultats à distance d'une ablation de C. du pylore (Bulletin Méd., 3 nov.). — Robin (A.) et Leredde. C. de l'estomac avec hyperchlorhydrie (Bourgogne Méd., juin-sept., p. 53). — Villar (Fr.). Traitement chir. du C. de l'estomac (Journ. Sc. Méd. Bordeaux, p. 304-318). — Quénu. L'extirpation du C. du rectum (Presse Méd., 9 nov., p. 449). — Monprofit. Épithélioma du rectum ; Prolapsus de l'anus sacré (Bull. Soc. chir., 20 nov.). — Archawin. C. de l'estomac (Vratch., n° 35, Petersb. Med. Woch. Beil., n° 8, 18, 30 nov., p. 45). — Stockton (C.-G.). C. de l'estomac avec acide chlorh. libre (New-York Med. Rec., 25 oct., p. 601). — Bruce. C. colloïde du rectum (Id., 31 août, p. 316). — Carrière (G.). C. latent de l'estomac (Arch. clin. Bordeaux, août, p. 361). — Quenu. Traitement chir. du C. de l'estomac (Rev. de chir., oct., p. 851). — Sargnon. C. du cœcum traité par l'entéro-anastomose (Lyon Méd., 4 août, p. 453). — Brault (J.). Du sarcome primitif de l'intestin grêle (Arch. génér. de Méd., juillet, p. 25). — Ausset. C. latent de l'S iliaque (Bulletin Méd., 18 déc., p. 1160). — Morton. C. encéphaloïde de l'intestin (Med. Press. a Circ., 4 déc., p. 578). — Eisenschitz. C. de l'estomac

(Wien. Med. Press., 1er déc., col. 1834). — Rubenthaler (G.). Diag. du C. de l'intestin (Thèse Lyon).

3. — Annexes de l'appareil de la digestion.

Beadles (C.). Calculs biliaires et affections malignes du foie (Brit. Med. Jour., 9 nov., p. 1164). — Devic. C. primitif du foie (Province Méd., 9 nov., p. 535). — Claude. C. du foie propagé à la vésicule (Soc. anat., juillet, p. 552). — Tussau. Epithélioma tubulé de la parotide (Journ. de Méd. et de chir. pratiq., 25 oct., p. 795). — Postempski. Extirpation de la parotide pour tumeurs malignes (Soc. ital. ch. Rome, oct.). — Maxson. C. du pancréas (New-York Med. Journ., 21 sept., p. 367). — Stiller (B.). Diag. du C. pancréatique (Pester Med. chir. Presse, 21 juillet, col. 689).— Fussel (H.) et Vrelly (J.). C. du foie avec cirrhose (Univers Med. Magaz., août, p. 838). — Blumenthal. Extirpation de la vésicule biliaire pour C. primaire (Deuts. Medizinal-zeit., 22 juillet, p. 655). — Dupont (E.). C. du foie reconnu seulement à l'autopsie (Arch. Med. belge, sept., p. 166). — Stiller. Diag. du C. du pancréas (Wien. Med. Woch., 2 nov., col. 1889). — Pauchet. Sarcome mélanique du foie (Soc. anat., juin, p. 541). — Testi. C. et cirrhose hépatiques (Bulletin Méd., 14 juillet). — Catrin. Adénome du foie (Soc. Méd. des hôp., 21 nov., p. 730). — Hanot. Epithélioma tubulé du foie chez une femme atteinte d'ostéomalacie (Soc. Méd. des hôp., 6 déc.). — Miller (Milton). C. primitif de la tête du pancréas (New-York Med. Rec., 31 août, p. 301). — Carrère. Fibro-sarcome de la rate (Rec. de Méd. vétérin. Mil., T. XVII, Mars). — Cancé. C. du pancréas; cystotomie (Arch. Méd. Toulouse, 15 sept., p. 387). — Cochez. Manifestations hépatiques du C. du pancréas (Rev. de Méd., 10 juillet, p. 545). — Dancet (C.). Adénome du pancréas (Gaz. hebd. Méd., 21 déc., p. 609).

Appareil de la circulation

Grandmaison (de). Adénopathies et C. gastrique. (Médecine mod., 20 nov., p. 716). — Chapmann. Cas de lymphadénome (Lancet, 14 déc., p. 1498). — Bernheim. Péricardite primitive C. (Rev. méd. de l'Est, 15 nov., p 696). — Surmay. Phlébites multiples dans un cas de C. latent à marche rapide de la région épigastrique (Bulletin méd., 16 oct. — Jolly (J.). Anatomie patholog. d'un angiome sarcomateux (Arch. de méd. expérim., 1er sept., p. 621). — Narath. Angio-endothéliome pulsatile du pied (Verh. de deuts. Ges. f. chir. I, 134, II, 427). — Ricker (G.). Lymphosarcome et tuberculose (Arch. f. Klin. Chir. L, III, p. 573). — Schlesinger. Lymphosarcome et Mélanose arsenicale (Soc. de méd. Vienne, 25 oct.). — Williams (R.). Adénopathie sus-claviculaire dans le C. intra-abdominal. (Lancet, 3 août, p. 262). — Rousseau (H.). De l'adénopathie sus-claviculaire dans les C. viscéraux (Thèse, Paris, n. 17).

Appareil de la respiration

Bret et Chatin. Sarcome primitif de la plèvre (Province méd., 14 déc., p. 591). — Woods (H.). C. naissant de la corde vocale; thyrotomie (Méde-

cine mod., 7 déc., p. 756). — Lévi (L.). C. broncho-pulmonaire (Arch. génér. méd., sept., p. 346). — Gatti (G.). Rapide développement d'un sarcome de la thyroïde (Rev. de chir., juillet, p. 618). — Mackensie (H.). Tumeur kystique du larynx (The Lancet, 7 déc., p. 1426). — Thompson (J. A.). Sarcome du larynx (Med. News Philad., 26 oct., p. 459). — Cardarelli. Sarcome primitif de la plèvre (Riforma med., 2 nov., p. 325). — Wolf (K.) C. primitif du poumon (Fortschnitte der medic., 15 sept., p 765). — Porcher (W.). Thyréotomie pour épithélioma (New-York, Med. Journ., 13 juill., p. 50). — Moure (J.). Opération de certaines tumeurs des fosses nasales par les voies naturelles (Bulletin méd., 21 août). — Brindel et Liaras. Trois cas de C. du corps thyroïde (Journ. méd. Bordeaux, 8 sept., p. 423). — Betschart (E.). Diagnostic des tumeurs malignes du poumon par l'expectoration. (Arch. f. path. anat.. 3 oct., p. 86). — Geronzi. Cas de papillome laryngé. (Arch. ital. de laryng., 1er oct., p. 493). — Œstreich. C. trachéal primitif. (Zeits f. Klin. méd. Bd. XXVIII, tt. 5-6, p. 383). — Associat. méd. britann. Discussion sur le trait. du C. de la glande thyroïde. (Brit. med. Journ., 12 oct., p. 901). — Bertrand (J.). C. aigu et C. latent du corps thyroïde (Thèse, Lyon). — Gayet (G.). C. du corps thyroïde avec propagation à la trachée (Arch. prov. Chir. 1er nov., p. 718). — Angelesco. Epithélioma du larynx (Soc. anat., 20 déc.).

Appareil de la sécrétion urinaire

Audry (Ch.). Fibro-Sarcome calcifié de la vessie (Gaz. hebd. méd., 14 déc., p. 595). — Adénot. Tumeur de la vessie, propagation (Lyon méd., 3 nov., p. 310). — Targett. Classification des tumeurs sarcomateuses de la vessie (Lancet, 23 nov., p. 1292). — Targett. Tumeurs de la vessie, (Lancet, 26 oct., p. 1046). — Weimberg. Adénome double des capsules surrénales (Soc. anat., 11 oct., p. 630). — Manasse (L.). Histologie et histogénèse des tumeurs primitives des reins (Arch. f. path. anat , 3 oct., p. 161). — Pousson. Résultats éloignés de l'intervention chirurg. dans les néoplasmes de la vessie (Bulletin méd., 13 nov.). — Jordan. Nephrectomie pour tumeurs malignes (Beit. z. Klin. chir. XIV, H. 3, p. 587). — Jayle et Labbé. Néphrotomie pour anurie due au cancer de l'utérus (Ann. gynéc. et obst., sept., p. 190. — Bangs (L. B.). Traitement de la tuberculose et des néoplasmes de la vessie (Ann. of. Surg., août, p. 205. — Boldt. C. encéphaloïde de la vessie (Amer. Journ. of. obst., juin, p. 897). — Klein (A.). Sarcome polypeux de la vessie chez un garçon de 10 ans (Wien. Klin. Woch., 29 juin, col. 1187). — Loumeau. Un cas de papillome vésical (Ann. policl. Bordeaux, sept., p. 142). — Lantzenberg. Sarcome primitif du rein droit (Soc. anat. Paris, juin, p. 592). — Stoukoventoff. C. des capsules surrénales (Gaz. méd., Paris, 7 déc., p. 581).

Appareil de la génération

1°. — Organes génitaux de l'homme.

Dubar (L.). C. encéphaloïde du testicule et hématocèle (Bulletin Méd. du Nord, 25 oct., p 462). — Katz. Tumeur maligne du testicule (Berlin.

Klin. Wock., 18 nov., p. 1013). — Madison (E.-H.). C. de la prostate (New-York Med. Rec., 16 nov., p. 715). — Gallozzi. Epithélioma du pénis (Riforma med., 7 déc., p. 689). — Dubuc. Crises de suffocation chez un malade atteint de C. de la prostate (France Méd., 26 juill., p. 465). — Pilliet et Costes. Etude histologique sur les épithéliomes du testicule (Rev. de chir., août, p. 641). — Chevereau. Epithélioma primitif de l'urèthre (Gaz. des hôpit., 25 juill., p. 853). — Schmeltz. Sarcome du testicule opéré pendant le sommeil hypnotique (Bulletin Méd., 24 juill.). — Villar (F.). Tumeur maligne développée dans un testicule en ectopie (Journ. Méd. Bordeaux, 24 nov.). — Cabot. C. de l'urètre (Boston Med. a Surg. Journ., 26 sept., p. 320). — Nicolopoulo (C.) Un cas d'épithélioma primitif de la séreuse vaginale (Thèse, Paris, n° 450). — Julien (J.). Du C. de la prostate (Thèse, Paris, n° 466). — Wasermann (M.). Epithélioma primitif de l'urètre (Thèse, Paris, n° 430).

2. — Organes génitaux de la femme.

Malapert. C. utérin, hystérectomie (Poitou Méd., 1er déc., p. 265). — Abel. C. utérins opérés depuis plusieurs années et non récidivés (Berl. Kl. Woch., 18 nov., p. 1013). — Desbonnets. Cysto-sarcome de l'ovaire droit (Arch. de tocol. et gynéc., juillet, p. 546). — Labusquière. Traitement chirurgical du C. primitif du vagin (Ann. de gynéc. et d'obst., septembre, p. 208). — Carrière. Zona femoro-cutané dans un cas de C. utérin (Bull. Méd., 18 sept.). — Jeannel. Du déciduome malin (Arch. de tocol. et de gynéc., juillet, p. 551). — Résinelli. Sarcome déciduo-cellulaire (Riforma Med., 28 nov., p. 591). — Scudder (C.-L.). Néphrectomie pour adénome kystique chez une femme enceinte (Amer. Journ of. Med. Sc. doc. p. 646). — Texier. Fibro-sarcome de l'ovaire (Journ. Méd. Bordeaux, 8 déc., p. 569). — Chrobak. Sarcome du clitoris (Bulletin Méd., 18 déc., p. 1161). — Latzko. Ablation du C. de l'utérus (Id., p. 1162). — Travers (W.). Tumeur ovarienne avec kyste rétro-péritonéal (The Lancet, 16 nov., p. 1218). — Abel. C. et myome de l'utérus (Allg. Med. Centr. Zeit., 23 nov., p. 1124). — Caruso. Du sarcome de la vulve (Riforma Med., 20 nov., p. 506). — Boudin (P.). Epithélioma du col utérin (Lyon Méd., 8 déc., p. 490). — Delassus. La dystocie par le C. du col utérin (Journ. Sc. Méd. Lille, 27 juillet, p. 73). — Courtin. Traitement du C. de l'utérus (Gaz. hebd. des Sc. Méd. Bordeaux, 10 nov., p. 531). — Courtin. Moyens chirurgicaux appliqués au traitement du C. de l'utérus (Id., p. 519). — Courtin. Traitement du C. de l'utérus (Id., p. 565). — Gross. Sarcome intra-utérin (Rev. Méd. de l'Est, 15 nov., p. 696). — Roncali. Les blastomycètes dans l'adénocarcinome de l'ovaire (Centralb. f. Baktér., 15 oct., p. 353). — Niebergall. Sarcome, carcinome, myome et polypes muqueux d'un même utérus (Arch. f. gynœk. Bd L, H. I, p. 12 q). — Ricker (G.). Etiologie des tumeurs utérines (Arch. f. path. anat., 4 nov., p. 193). — Ruge. Du déciduome malin (Zeits. Chir. f, Geb. XXIII, I, p. 162). — Paschen. C. utérin double (Centralb. f. gynœk., 5 oct., p. 1057). — Kessler. Importance du diagnostic précoce du C. utérin (St-Pétersb. Méd. Woch., 16 [28] septembre,

p. 321). — Fischel (W.). C. papillaire primitif de la trompe (Zeits. f. Heilk., 20 juin, p. 143). — Teploff. De l'extirpation des annexes et de leurs néoplasmes par colpotomie postérieure (Centralb. f. gynœk., 22 juin, p. 671). — Skene Enlèvement de kystes ovariens et d'un C. des deux ovaires (Brookc. Med. Journ., août, p. 465). — Langer. Sarcome ovarien (Arch. f. gynœk. XLIX, III, p. 508). — Lanenstein. Traitement opératoire du C. du vagin (Deuts. Zeits. f. Chir., 30 juillet, p. 411). — Clark (J. G.). Hystérectomie dans le C. de l'utérus (Bull. of. the Joln Hopk. Hosp., juill., p. 120). — Ullmann. Dégénérescence sarcomateuse d'un fibro-myome utérin (Wien. Med. Presse, 15 sept., col. 1385). — Stone (W.-I.). Adénome malin de l'utérus (New-York Med. Journ., 27 juillet, p. 97). — Robb (H.). Le diagnostic précoce du C. du col (Intern. Journ. of. Surg. sept., p. 277). — Emanuel. C. épithélial du corps de l'utérus (Zeitsch. f. Geburt. XXXII, H. 3, p. 477). — Flaischlen (N.). C. épithélial primitif du corps de l'utérus (Id., p. 347). — Lewers (A.-H.-N.). Traitement chirurgical du C. du col utérin (The Lancet, 6 juill., p. 23). — Hirst. Épithélioma de la vulve (Amer. Journ. of. obst., p. 873). — Freeborn. Papillome et kystes papillomateux de l'ovaire (Id., p. 846). — Kuppenheim. Sarcome déciduo-cellulaire (Centralb. f. gynoek, 24 août, p. 916). — Irisch (J.-C.). C. de l'orifice utérin (Boston Méd. à Surg. Journ., p. 615). — Thomson. Formes rares de néoplasmes des ovaires (Pétersb. Méd. Woch. 1 (13) juill., p. 231). — Coulon (L.). Traitement chirurgical du C. de l'utérus (Thèse, Paris). — Vignes. Etude du C. de l'ovaire (Thèse, Bordeaux). — Portes. Traitement du C. de l'utérus par le violet et le bleu de méthylène (Thèse, Bordeaux). — Cazenave (W.). Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale (Thèse, Paris, n° 514). — Aumont. Traitement chirurgical du C. de l'utérus (Thèse, Paris). — Jouon (A.) et Vignard (E.). Sarcome diffus de la muqueuse utérine (Arch. prov. chir., 1er déc., p. 742).

3. Annexes de l'appareil de la génération.

Rotter. Résultats durables de l'opération du C. de la mamelle (Allg. Med. Central. Zeitz, 20 nov., p. 1111). — Snon (H.). Dégénérescence kystique des mamelles avec trois cas de récidive du côté opposé (The Lancet, 16 nov., p. 1222). — Jones (Th.) et Platt (J.) Résultats des opérations du C. mammaire (The Lancet, 31 août, p. 52à). — Boldt. C. récidivant du sein (New-York Med. Rec., 31 août, p. 318), — Bryant. Diagnostic et traitement du C. précoce du sein (The Lancet, 14 déc., p. 1501). Rochard (E.). De la mastite C. (Union Méd., 6 juill., p. 313). — Happel. Chondrome du sein (Boits. z. Klin. Chir. XIV, H. 3, p. 721). — Oliver (J.-C.). C. du sein (Med. a Surg. Reporter, 3 août, p. 125). — Schneler. C. du sein guéri par le sérum de l'érysipèle (Deutsch. Med. Woch., 12 sept.). — Mynter (H.). Sur le C. du sein (Buffalo Med. Journ., août, p. 1). — Olivier (E.). C. gélatineux du sein avec corps calcaires (Beitr. z. path. anat. XXII, p. 540). — Segonzac. Du C. du sein chez la femme (Thèse, Toulouse).— Desgranges (E.). Des sarcomes kystiques de la mamelle (Thèse, Paris, n° 415).

Généralités

Bronson. Sarcomes mélaniques multiples (Arch. of. Surg. T. VI, p. 152). Jennv (Herm.). Contribution à l'étude du C. (Arch. f. Klin. chir. Bd. 41, p. 269).— Kohn. Tumeurs de la cavité thoracique (Berl. Klin. Woch, 25 nov., p. 1037). — Perrin et Leredde. Sarcome cutané généralisé (Ann. de dermat., nov., p. 1038). — Rolleston. Adénome des glandes sébacées. (Lancet, 7 déc., p. 1434). — Tauffer. Dégénérescence C. primitive des kystes dermoïdes (Arch. f. path. Anat., 3 déc., p. 389). — Hartung (H.). Examen du sang des C (Wien. Klin. Woch., 3 oct., p. 697). — Snow. De la non existence du sarcome à cellules rondes comme classe distincte des néoplasmes (Lancet, 9 nov., p. 1167). — Sawtschenko. Sporozoaires dans les tumeurs (Biblioth. méd. abth. de dermat. Heft, 4). — Dennis (F. S). Etiologie, diagn. et trait. des affections malignes (Ann. of. Surg., oct., p. 417). — Roncali. Blastomycètes dans les sarcomes (Centralb. f.Bakter., 26 oct., p. 432). — De Grazia. Les blastomycètes dans les tumeurs malignes (Riform. méd., 28 oct., p. 280). — Kasparck. Essais d'infection par les sarcosporodies (Centralb. f. Bakter., 5 oct., p. 327). — Scholl. Préparation du sérum C. (?). — Breakey. Sarcomes cutanés multiples (Journ. of the cut. a gen. urin. dis., août, p. 320. — Dœrnberger. Sarcomatose du péritoine chez un enfant de 4 ans. (Münch. med. Woch, 27 août, p. 817). — Salvati et de Gaetano. — Le sérum anticancéreux (Riform. med., août, p. 495-507). — Bacon (G.). Sarcome du cou avec surdité (New-York. Med. Journ., 31 août, p. 267). — Notthafft. Origine des C. (Deuts. Arch. f. Klin. med., 29 août, p. 555). — Rieder. Diag. du néoplasme par les transsudats (id., p. 544). — Hauser. Les protozoaires comme causes de tumeurs (Biol. centralb., 1er oct., p. 700). — Kahane (M.). Théorie biologique du C. (Centralb. f. allg. path., 26 sept., p. 673). — Mac-Graw. Etat actuel de nos connaissances sur les C. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 7 sept., p. 387). — Frarier. Dégénérescence sarcomateuse d'un lipome (Province méd., 16 nov., p. 545. — Law Webb. Les mineurs sont-ils réfractaires au C. (Montpellier, Méd., 2 nov.). — Delbet (P.) Pathologie et trait. des sarcomes (Presse Méd., 13 juillet, p. 257). — Guinard. Récidive des tumeurs malignes (Union méd., 28 sept., p. 457). — Kopfstein. Sérum de l'érysipèle sur les C. (Wien. Klin. Rundsch., août, p. 515-533). — Roberts. (J.-B.). Trait. des tumeurs malignes par les toxines du microbe de l'érysipèle (Therap. Woch., n° 36, 8 sept.). — Czerny. Toxines de l'érysipèle dans la cure des tumeurs malignes (Münch. med. Woch, 3 sept., p. 833). — Czerny. Sérothérapie du C. et du sarcome. (Deuts. med., Woch, 24 oct., p. 712). — Vauthrin. C. colloïde ayant donné lieu à la suspicion de morve (Rec. de méd. vétérin. milit., mars, t. XVII). — Senn. Trait. des tumeurs malignes par les toxines de l'érysipèle (Journ. of. the Amer. med. assoc., 27 juill., p. 131). — Adamkiewicz. Cure du C. (Wien. med., Woch, août, col. 1427-1475). — Beer (B.). Cure du C. (id. col. 1514. — Krynsky. Action sur les tumeurs malignes de la suppuration asepti-

que provoquée (Centralb. f. chir., 27 juill. p. 697). — Hauser. De la théorie de Ribbert sur l'histogénèse du C. (Virchows arch. f. path. anat., 5 sept., p. 485. — Becker. Cas de tumeurs primitives multiples. (Beitr. z. Klin. chir. XIX, I, p. 146.). — Ziégler. Traumatismes et tumeurs malignes (Münch. med. Woch., juill., p. 621-650). — Petersen. Sérothérapie du C. (Deuts. med. Woch., 4 juil., p. 429). — Bruns (P). Trait. du C. par le sérum érysipélateux (id., p. 428). — Morpurgo (B.). Liomyomes sarcomatoïdes et malins (Zeits. f. Heilk., 20 juin., p. 157). — Tibério. Du parasitisme des tumeurs malignes (Riform. med., 8 juill., p. 73). — Karnik (F). Des tumeurs du médiastin (Wien. Klin. Rundsch, 7 juill., p. 419). — Ribbert (H.). Histogénèse et accroissement du C. (Arch. f. path. anat., 2 juill., p. 153). — Bauer. Verrues cutanées endothél. et sarcome (Arch. f. path. anat., 3 déc., p 407). — Hass (O.). Récidives des tumeurs malignes (Semaine méd., 16 oct.). — Forgue. Les nouveaux traitements du C. (Montpellier méd., 6 juill., p. 525). — Piccinino. Sarcome adhérent à la colonne vertébrale (Bulletin méd., 14 juill.). — Chéron (P.). Sérothérapie C. (Rev. intern. méd. et chir. prat., 25 juin, p. 225). — Hue (Fr.). C. et acide arsénieux (Normandie méd. 1er nov.). — Berger (P.). Les nouvelles méthodes de trait. du C. (France méd., 15 nov., p. 721). — Mossé. Lésions anatomiques (sarcome) dans un cas d'acromégalie (Soc. anat., 25 oct., p. 633). — Ancell. Transformation de stéatomes en tumeurs malignes (Hutch. arch. of. Surg. T. VI, p. 2). — Mirallié. Découverte du microorganisme du C. (Progrès méd., 10 août, p. 85). — Emmerich et Zimmermann. Sérothérapie du C. et du Sarcome. (Deutsch. med. Woch., 24 oct., p. 706). — Boureau. Sérothérapie contre le C. (Gaz. hebd. méd., 14 sept., p. 440). — Richet (Ch.). Injections veineuses de tumeurs cancéreuses ulcérées (Soc. biol., août, p. 601). — Newsholme. Statistiques de C. (Brit. med. Journ., 9 nov., p. 1198). — Vassiljev (S.). Polymorphisme des tumeurs C. (Meditz. nos 21-26 : Petersb. med. Woch. Beil. n° 8, 18 nov., p. 45). — Kissel. — Tumeurs malignes et typhus récurrent (id., p. 44). — Aievoli (E.). Des blastomycètes dans les néoplasmes. (Riform. med., 29 nov., p. 604). — Bérard (L.). Deux cas d'épithélioma sébacé primitif (Rev. de chir., août, p. 664. — Duplay (S.), Cazin et Savoire. Urologie des C. (Arch. génér. de méd., juill., p. 5). — Claude et Lévi. C. colloïde du péritoine. (id., p. 151). — Brossard. Sérothérapie dans le C. (Poitou méd., 1er oct., p. 217). — Cazin. Des modes de transmission du C. (Rev. méd., 6 oct., p. 172). — Tiberio. Toxithérapie des tumeurs malignes (Riform. med., 3 juill., p. 25). — Id. Du C. et du processus C. (Hutchins. Arch. of. Surg. T. VI, p. 81). — Id. Des tumeurs malignes, discussion (New-York med. rec.. 25 oct., p. 602. — Reineboth. Injection du sérum d'Emmerich dans un endothéliome (Deuts. med. Woch., 28 nov., p. 794). — Thiele. Tumeur du médiastin (Berlin. Klin. Woch., 25 nov., p. 1037. — Astié. De l'épithélioma de la main (Thèse Toulouse). — Le Boul (J.). Des tumeurs de la paroi ant. de l'aisselle (Thèse. Paris, n° 408).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ÉTIOLOGIE DES AFFECTIONS CANCÉREUSES (1)

par M. le Dr **Jules FÉLIX**

Chirurgien de l'hospice Sainte-Gertrude de Bruxelles

L'étiologie et la pathogénie du cancer ne sont point encore élucidées aujourd'hui, malgré les progrès extraordinaires de la science moderne.

La cause du retard de cette solution, si impatiemment attendue et si ardûment cherchée, me paraît être, non pas dans l'absence de données scientifiques exactes, mais dans le manque de coordination, de synthétisation des matériaux accumulés par les travaux de microscopie, de laboratoire et les faits constatés par la clinique et la longue observation des malades.

Si l'on tient compte à la fois de ce que nous révèlent la microscopie, la clinique, l'anatomie pathologique et aussi la *physiologie pathologique,* car les tumeurs ont *leur physiologie* et *leur pathologie propres,* on peut affirmer que les éléments *figurés* et *spécifiques* du cancer (cellule spécifique, coccidie, microbes, psorosperme, etc.), n'existent point comme caractères pathognomoniques, puisqu'on les retrouve ailleurs et qu'en définitif *les tumeurs cancéreuses* ne sont formées que des éléments des épithéliums (épithélium, endothélium, épiderme) et que ce qui caractérise

(1) Dr Jules Félix : De l'étiologie des affections cancéreuses et de leur traitement (Broch. Soc. d'éditions scientifiques, Paris 1896).

le produit morbide du cancer n'est que l'hypertrophie et l'hypergenèse, l'augmentation en volume et en nombre des cellules épithéliales, et leur dégénérescence anatomique et physiologique.

L'embryologie nous apprend que l'épithélium est la première organisation élémentaire de l'aire germinative de l'ovule. Dès que l'embryon apparaît, le blastoderme se dédouble en trois couches ou *feuillets* : l'externe, qui deviendra l'épiderme; l'interne, qui deviendra l'épithélium viscéral, et l'intermédiaire, destiné à se transformer en éléments des divers tissus : connectif, osseux, cartilagineux, nerveux, musculaire, etc., etc.

L'épithélium revêt donc toutes les surfaces internes et externes des différents organes et organismes de l'être vivant. C'est lui qui en est l'origine première, et sa fonction essentielle c'est la sécrétion, c'est-à-dire la manifestation des phénomènes d'endosmose et d'exosmose, qui constituent l'*osmose*, en qui se résume la *vitalité organique*.

L'anatomie normale nous apprend que la peau, les muqueuses, les séreuses, les vaisseaux sanguins, les lymphatiques, le myolemme, le sarcolemme, le névrilemme, en un mot toutes les surfaces de revêtement externes et internes sont tapissées d'une couche d'épithélium, ayant une origine unique et, partant, un rôle analogue à remplir; ce rôle c'est la protection des tissus qu'il recouvre et l'entretien de leur intégrité anatomique et fonctionnelle. On conçoit que les lésions et les maladies ou altérations de l'épithélium doivent entraîner des désordres dans les tissus qu'il recouvre et qu'il protège et que son hypertrophie, son développement exagéré sous l'influence d'une cause quelconque, ne peuvent se produire qu'au détriment de ces tissus.

Si nous examinons l'influence de l'irritation, de l'inflammation sur l'épiderme, nous remarquons qu'elle détermine d'abord la condensation et l'hypertrophie des cellules épidermiques; et, lorsque cette augmentation en nombre et en volume des cellules épidermiques atteint une certaine limite, l'inflammation, la gangrène, les fer-

mentations septiques des tissus apparaissent, et l'infection périphérique ou générale se produit plus ou moins rapidement, d'après la résistance organique des individus.

Les lésions et les maladies de l'épithélium dominent donc toute la pathologie et la pathogénie des organes qu'il revêt, et puisqu'on le rencontre recouvrant les surfaces internes et externes de tous les tissus et de tous les organes, son rôle physiologique et pathologique est de la plus haute importance.

Si l'on examine au microscope une tumeur cancéreuse quelconque, on est frappé de l'hypertrophie et de l'hypergenèse des cellules épithéliales et des désordres que cette pathogénie cellulaire a provoqués dans les éléments normaux (muscles, vaisseaux, nerfs, etc.). On peut affirmer que le cancer n'est que le développement exagéré *en quantité et en dimension des cellules épithéliales* (cellules géantes des auteurs). Il en résulte donc que toutes les variétés de cancers : squirrhe, encéphaloïde, colloïde, etc., ne sont en réalité que des *épithéliomas*, dont le développement, la consistance, la marche et les fonctions diffèrent d'après les organes qu'ils envahissent et les terrains, c'est-à-dire les constitutions, les tempéraments chez lesquels ils se développent. N'est-il pas rationnel d'admettre qu'un épithélium malade sécrète des produits pathologiques ou pathogènes, quand il est démontré que la salive de l'homme à jeûn peut contenir une substance venimeuse?

Voilà pourquoi toutes les tumeurs *bénignes* au début peuvent devenir *malignes;* pourquoi les ulcères variqueux, calleux, fongueux, syphilitiques même, peuvent devenir et deviennent souvent cancéreux; pourquoi l'épithélioma revêt la forme du *squirrhe* chez les individus secs et nerveux, et la forme *encéphaloïde* chez les obèses, les lymphatiques, les pléthoriques et les scrofuleux. Ce n'est pas l'élément figuré, la lésion pathologique qui a changé, ce sont les terrains dans lesquels l'épithélioma se développe qui s'altèrent différemment, d'après le plus ou moins de résistance vitale, la plus ou moins grande quantité de chair, de nerfs, de graisse, de vaisseaux sanguins ou

lymphatiques, de tissu connectif que les organes renferment; et la marche envahissante du mal se produit plus ou moins rapidement, d'après la nature des organes qu'il atteint et l'activité des fermentations septiques qu'il y provoque après l'ulcération ou la nécrobiose.

Une des principales causes du cancer, qu'on retrouve dans la pluralité des cas bien observés, *c'est l'irritation et le traumatisme*. On peut même dire que presque toujours le *traumatisme* est la cause *occasionnelle;* et l'*irritation*, la *cause déterminante* du cancer. Dans un grand nombre de cas bien étudiés et observés pendant longtemps, ces deux causes se retrouvent évidemment. C'est ainsi que j'ai trouvé, en opérant des tumeurs cancéreuses du sein par le caustique, deux fois une fracture ancienne de côte, méconnue depuis plus de vingt ans, chez des personnes excessivement grasses. Il avait été impossible de diagnostiquer une fracture de côte; l'immobilisation des fragments n'ayant pas été faite, leur chevauchement avait déterminé de l'inflammation, de l'irritation, puis une tumeur et enfin une affection cancéreuse.

Dans ces deux cas, l'ablation du sein avait été opérée d'abord par le bistouri; la récidive s'est produite quelques semaines après, et le néoplasme avait pris alors un développement extraordinairement rapide; l'ulcération avec toutes ses complications : hémorrhagies, infection, etc., s'était produite; ayant appliqué le caustique, je détruisis tous les muscles pectoraux qui étaient atteints de cancer, et je trouvai ainsi la fracture ancienne des côtes, compliquée dans un des deux cas de carie osseuse et de pleurésie cancéreuse, à laquelle succomba la malade, quatre mois après l'opération par le caustique.

J'ai pu observer plusieurs cas de cancers encéphaloïdes survenus à la suite de chutes violentes et de déchirures musculaires. J'ai opéré, il y a vingt ans, un monsieur atteint d'encéphaloïde énorme et ulcéré du deltoïde gauche, survenu à la suite d'une chute de cheval sur l'épaule, et récidivé après opération par le bistouri.

J'ai la conviction, d'après le grand nombre de cas que

j'ai pu étudier et observer depuis trente ans, que le *traumatisme et l'irritation* sont les causes principales du cancer. Les auteurs sont assez d'accord à ce sujet pour les cancers *externes*. D'ailleurs, si l'on réfléchit bien, chez la femme les cancers externes se développent le plus fréquemment dans les organes les plus exposés aux accidents traumatiques de toute espèce. Les organes qui sont le plus fréquemment atteints de cancer chez la femme sont les seins et le col de la matrice. Or le corset mal fait et trop serré, les coups, les chutes sur le sein déterminent fréquemment le cancer. Les accouchements laborieux, les déchirures du col utérin par l'application brutale ou trop hâtive du forceps, les déchirures du col mal soignées après l'accouchement et se transformant en ulcères, les avortements provoqués par des instruments brutaux sont les causes les plus fréquentes du cancer de l'appareil génital chez la femme ; sans oublier non plus l'abus du curettage utérin et des opérations gynécologiques faites sans nécessité ni indications formelles.

Chez l'homme, le cancer se développe aussi le plus fréquemment dans les organes les plus exposés au traumatisme et à l'irritation ; je citerai le cancer de la langue et des lèvres, surtout à la lèvre inférieure chez les fumeurs (cancer des fumeurs). J'ai observé chez des vieillards à qui il ne restait plus qu'une ou deux longues dents canines ou incisives, vacillantes, irritant et blessant sans cesse la lèvre, de fréquents épithéliomas, et en les opérant par le caustique qui me permettait d'enlever l'escarre couche par couche, je pouvais suivre très profondément dans la tumeur, l'empreinte de la dent qui avait occasionné, par traumatisme et irritation continue, le développement du cancer. N'oublions pas de signaler aussi le cancer des testicules et du scrotum (*cancer des ramoneurs*), si fréquents autrefois chez les ramoneurs, lorsqu'ils grimpaient dans les cheminées pour les nettoyer, et qui a disparu complètement aujourd'hui à cause de la suppression de cet exercice professionnel. Dans ces cas, l'action traumatique et l'irritation continue sont bien démontrées.

Mais comment l'expliquer pour le *cancer interne?* Depuis longtemps un fait m'a frappé, c'est la fréquence des cancers

viscéraux chez les individus atteints de *diathèse urique*. La diathèse urique est fréquente chez les *nerveux-anémiques*, *chez les pléthoriques* et les *obèses-goutteux*. Chez les premiers, la diathèse urique se produit par *défaut de combustion* et par *dénutrition morbide ;* chez les pléthoriques et les obèses, par accumulation de substances alimentaires, surtout azotées, par combustion insuffisante, par manque d'exercice physique. L'excès d'acide urique dans le sang et les dépôts de ses cristaux (sable rouge), dans les organes : poumons, foie, reins, vessie, méninges, peau, muscles, etc., sont des agents de traumatisme, d'inflammation chronique, d'irritation constante, qui peuvent produire l'hypergénèse épithéliale, et par conséquent le cancer.

Si l'on tient compte des formes diverses que les cristaux d'acide urique présentent à l'examen microscopique (formes en lamelle rhomboïdale, en pierre à aiguiser, en aiguilles, en lances, en rosaces, épées, dents de peigne, etc.), on comprendra aisément que ces cristaux irréguliers d'acide urique, qui ressemblent pas mal à des fragments de verre finement pilé, ne peuvent traverser les tissus sans les blesser, et doivent fatalement déterminer, dans les organes où ils séjournent, le traumatisme, l'irritation, l'inflammation chronique et par conséquent y occasionner le cancer.

Mon opinion sur les causes irritatives et inflammatoires du cancer est parfaitement conforme à la théorie du Dr Maurice Letulle sur l'inflammation qui, dit-il dans son remarquable ouvrage « L'inflammation », *restera » dans le cours de l'évolution des sciences biologiques, comme » autrefois, la pierre angulaire de l'édifice élevé par l'homme » à la pathologie, c'est-à-dire à l'observation de plus en plus » approfondie des causes de la mort des êtres. Toutes les » théories médicales, toutes les doctrines successivement » échafaudées, abandonnées, puis reprises, en un mot la » science médicale tout entière reposera sur l'inflammation ; » l'art médical y trouvera sa pierre de touche.* »

Dans plusieurs autopsies que j'ai faites de cancer du foie, quand j'étais interne des hôpitaux, j'ai trouvé cet

organe farci de sable urique et de petits calculs. Le cancer du rein et la néphrite parenchymateuse ont, d'après mes observations, pour cause principale la diathèse urique. Chez un grand nombre de goutteux *(uriques)*, on rencontre la néphrite albumineuse, et dans bien des cas elle guérit par la cure aux eaux alcalines. Chez les petits enfants, le cancer du rein est assez fréquent, et il faut l'attribuer au dépôt d'acide urique, chez les enfants malingres, par défaut de combustion ou par dénutrition; dépôts d'acide urique que mon honoré confrère, le Dr Stocquart, attaché au service des autopsies des hôpitaux de Bruxelles, a constatés dans plusieurs cas d'autopsie, même chez des nouveau-nés et des fœtus.

Il résulte de l'anatomie pathologique de l'épithélioma et des causes du cancer, traumatisme, inflammation ou irritation, qu'on rencontre aussi bien dans le cancer interne que dans le cancer externe, il résulte, dis-je, que l'*hérédité et la diathèse cancéreuse préexistante* ne peuvent jouer qu'un rôle bien secondaire, pour ne pas dire *inutile*, dans la production du cancer, puisque les faits cliniques démontrent que le *traumatisme*, l'*inflammation* et l'*irritation* suffisent pour en expliquer l'étiologie et le développement.

Peut-on admettre que l'hérédité puisse transmettre la lésion pathologique de l'épithélium, alors que cette lésion épithéliale et les phénomènes pathologiques qu'elle entraîne fatalement après elle dans le cancer, sont incompatibles avec la vie fœtale et ne permettraient jamais à l'enfant qui la porte d'atteindre l'âge adulte? Tout au plus, peut-on donner à l'hérédité le rôle de la prédisposition au cancer, comme à toutes les autres maladies, non pas parce qu'on porte en soi, depuis la vie embryonnaire, le *germe pathogénique* de telle ou telle maladie, mais tout simplement parce que, conformément à la loi naturelle de la conservation de l'espèce, l'enfant hérite du tempérament, de la constitution bonne ou mauvaise de ses parents, *du coefficient de résistance organique*, et *d'activité vitale* de ceux qui l'ont procréé. Une preuve irréfutable à l'appui de la thèse que je soutiens, c'est le sort des

enfants nés syphilitiques. La plupart de ces enfants procréés par des syphilitiques meurent pendant la vie fœtale et ceux qui arrivent à terme ne survivent guère que quelques mois; encore pour en échapper quelques-uns, faut-il un traitement spécifique et des conditions d'hygiène parfaites. *Aucun des enfants procréés par des syphilitiques ne naît, vit et croît en état de bonne santé pendant plusieurs années, que pour devenir un beau jour syphilitique, à l'époque de la puberté, de la jeunesse* ou *de l'âge mûr*. N'en est-il pas de même pour les enfants et les fœtus avortés des tuberculeux?

Et maintenant que la contagion de la tuberculose est aussi bien démontrée que celle de la syphilis; n'est-on pas en droit de soutenir que les enfants nés de parents tuberculeux, *qui ne naissent point atteints de tuberculose,* mais qui *deviennent tuberculeux après plusieurs mois ou plusieurs années d'existence,* ont bien plus sûrement contracté la tuberculose *par contagion ou par infection,* en vivant avec des tuberculeux, que par *diathèse ou hérédité ?* Que de fois les médecins qui ont eu l'occasion d'observer des familles pendant de longues années et de suivre ainsi plusieurs générations, n'ont-ils pas vu se réaliser ce fait :

Tous les enfants nés de parents tuberculeux et vivant avec eux meurent tuberculeux ; si par hasard un fils est mis très jeune au collège, ne rentre plus que rarement dans sa famille qu'il a quittée définitivement dès son jeune âge pour suivre une carrière à l'étranger; ce fils, soustrait de bonne heure aux influences néfastes *du milieu infectieux, de la contagion,* devient un homme solide et robuste. Le contraire ne se rencontre-t-il pas encore? Un homme solide et robuste contracte la tuberculose *dans un milieu tuberculeux,* et peut porter la tuberculose dans d'autres milieux indemnes jusqu'alors de tuberculose.

Ce qui se passe pour la syphilis et pour la tuberculose ne pourrait-il pas se passer pour le cancer ? Je ne crois pas qu'il existe *des lois spéciales et particulières* pour la pathogénie et la transmission de chaque maladie. Tout dans la nature obéit à des lois simples, peu nombreuses, *peut être à une loi unique,* dont la simplicité est si grande qu'elle nous empêche de la

découvrir. Si l'influence de l'hérédité, c'est-à-dire de cette prédisposition naturelle qui nous fait hériter des qualités et des défauts de nos parents, existe évidemment, il n'est pas moins évident que l'influence des milieux modifie considérablement les êtres, et efface en eux *presque toutes les traces de l'hérédité*. L'histoire de l'émigration des peuples, à travers les divers continents, le prouve à l'évidence ; et il suffit, pour s'en convaincre de lire les remarquables travaux d'Élisée Reclus, traitant de la géographie dans le temps et dans l'espace.

Cela est tellement vrai, et tellement heureux pour l'humanité, qu'on peut dire que c'est grâce à l'influence modificatrice des milieux que l'homme est devenu le maître du monde, qu'il transforme à son gré.

Ce qui induit le plus en erreur, dans l'étude de l'étiologie du cancer ; c'est, d'une part, la confusion entre la *diathèse* et la *cachexie*. Nous avons démontré ci-dessus que la *diathèse cancéreuse*, dans l'acceptation qu'on lui donne, c'est-à-dire cet état constitutionnel et héréditaire qui doit fatalement déterminer le cancer dans le cours de l'existence, n'existe pas et ne peut exister. En effet, on naît *cancéreux*, *syphilitique* ou *tuberculeux*, et alors on a en naissant le germe *patent* de la maladie héréditaire, et le médecin peut sûrement en faire le diagnostic ; et si l'on ne naît point tuberculeux, syphilitique ou cancéreux, on peut le devenir par *contagion et surtout par infection plus ou moins rapide*, d'après le coefficient de résistance et d'activité vitale propre à chaque individu, en vivant dans un milieu infecté et infectieux. Pendant de longues années on a nié la contagiosité de la tuberculose ; elle n'en est pas moins bien démontrée aujourd'hui ; mais il ne s'ensuit pas pour cela que tous les individus sains, inoculés par le bacille de Koch, ou vivant dans des milieux où la tuberculose sévit, *contractent fatalement la tuberculose*. On peut même affirmer que la transmission des maladies contagieuses, en dehors des épidémies, ne se fait pas si aisément et se produit exceptionnellement. S'il n'en était pas ainsi, si le plus grand nombre

d'hommes exposés sans cesse aux inoculations et aux infections morbigènes ne jouissaient pas d'une grande immunité, le genre humain n'existerait plus depuis longtemps, et il n'est pas d'étudiant en médecine qui parviendrait à vivre assez longtemps pour conquérir son diplôme de docteur.

D'autre part, la propagation des affections contagieuses, d'individu à individu, ne se fait point de la même façon que les maladies qu'on crée ou propage dans les laboratoires. La marche des maladies *artificielles*, provoquées dans les laboratoires, est toute différente de la marche des maladies naturelles ; leur évolution est dissemblable, et le plus souvent les maladies artificielles ont une marche suraiguë, passent à la troisième période *(période microbienne,* de *putréfaction* et de *fermentation), d'emblée* sans avoir passé par les périodes d'incubation, d'inflammation, d'état, caractéristiques des maladies infectieuses, telles que le cancer, la tuberculose, la syphilis, etc.

On a fait beaucoup de greffes et d'inoculations chez les animaux, afin de rechercher si le *cancer est contagieux et transmissible.* Jusqu'ici les résultats ont été souvent négatifs pour les expériences faites sur les animaux. Mais ces résultats ne prouvent rien, puisqu'un grand nombre d'espèces animales sont réfractaires à certaines maladies contagieuses ; c'est ainsi que chez la plupart des mammifères, en dehors de l'homme, la rougeole, la scarlatine, la variole, la syphilis et le cancer n'existent pas et ne se transmettent pas de l'homme aux animaux.

On a observé en France, en Angleterre, en Amérique, depuis quelque temps, des cas de cancer *relevant de la contagion par la cohabitation* ; pour moi, je crois à la contagion du cancer ulcéré, et à sa propagation par infection surtout. Rien au monde n'est plus infect qu'un cancer ulcéré ; des fermentations de toutes espèces, des germes fermentescibles et microbiens nombreux et divers pullulent ; des ptomaïnes et des toxines fixes et volatiles s'exhalent des cancers ulcérés. L'atmosphère dans laquelle vit le cancéreux est une atmosphère empestée qui rend

malade et infecte ceux qui y vivent avec lui. Au bout d'un certain temps, la santé s'altère dans ces milieux ; les fonctions physiologiques sont troublées, et l'organisme se prédispose peu à peu à contracter le mal, en perdant ses forces et sa résistance organique. L'économie se prépare *à la réceptivité morbide*, et de rebelle qu'elle était d'abord au principe morbigène, quel qu'il puisse être, elle finit, sous l'influence continue des milieux infectieux, par être docile à la contagion. C'est alors que dans les maladies à marche lente, chronique, progressive, telles que le cancer, la tuberculose, la syphilis, la lèpre, etc., le mal qui débute localement, en un point *d'inoculation*, gagne et s'étend de proche en proche ; s'infiltre dans l'économie par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques ; va se localiser dans les glandes, organes les plus propices à le recevoir, et dans lesquels il se complait à séjourner et à s'installer en maître absolu, comme un ennemi triomphant dans une forteresse, projetant partout la désolation et la mort. Voilà la marche régulière du développement du cancer et qui ne souffre guère jamais d'exception ; début petit, local, insidieux ; si peu franc que la victime ne se doute guère du danger qui la menace ; et pendant toute cette longue période, aucun phénomène grave, aucune réaction, point de symptômes généraux bien appréciables.

La marche du cancer est si sourde, si insidieuse, que bien souvent le malade ne s'en aperçoit pas et ne songe à consulter le médecin que lorsque l'extension du mal s'est déjà produite ; le patient, dans bien des cas, ne se décide à se soigner sérieusement que lorsque l'empoisonnement et la généralisation du mal se produisent, lorsque des phénomènes de résorption apparaissent, quelquefois même lorsque la cachexie caractérisée par la dyspepsie, l'amaigrissement, la débilitation physique et morale, la dénutrition et le teint jaune paille, cet ictère caractéristique de la carcinose, et la fièvre hectique ont compromis déjà gravement l'existence. C'est le plus souvent alors que le chirurgien intervient, mais trop tard et sans espoir de

guérison radicale. Voilà pourquoi le cancer passe pour *un mal incurable*, alors qu'il guérirait, comme la plupart des maladies, s'il était bien soigné à son début et opéré en temps par le caustique, qui ferme toutes les portes à l'infection et à l'extension du mal, et qui, par son action énergique due à l'absorption des substances chimiques, antiseptiques et modificatrices dont il est composé, empêche la récidive en détruisant le mal dans ses racines et en arrêtant ainsi sa propagation.

Voilà pourquoi, à mon avis, les dénominations de *diathèse*, dans le sens d'une disposition *fatale, héréditaire, inéluctable* à contracter le cancer, la tuberculose, etc., devraient être rayées du vocabulaire scientifique, parce qu'elles nous conduisent aux plus graves erreurs. Voilà pourquoi il faudrait aussi *supprimer les classifications en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes*, parce qu'une tumeur est toujours *bénigne* jusqu'à ce qu'elle ne compromette pas l'existence par son développement et son infection ; et qu'une tumeur cancéreuse *sera maligne* si elle récidive après avoir été opérée une ou plusieurs fois par le bistouri, et qu'elle reviendrait *bénigne* si, après avoir été réopérée par le caustique, comme cela m'est arrivé fréquemment, elle ne récidivait plus, et si la guérison radicale se maintenait sous tous les rapports.

Il résulte, à mon avis, de l'observation rigoureuse de faits bien étudiés, que la diathèse cancéreuse n'existe pas ; et que, si elle est encore admise, c'est qu'elle est confondue avec la généralisation progressive du cancer, *la carcinose* et *la cachexie*. Mais l'étude de la généralisation du cancer, et de *l'infection carcinomateuse* qui conduit fatalement *à la cachexie* et à la mort, établit péremptoirement *l'auto-infection individuelle*.

Je le répète, dans les cas nombreux de cancers que j'ai observés, jamais je n'ai rencontré l'envahissement rapide de l'économie; toujours le cancer s'est déclaré *localement*, en un point *interne* ou *externe bien déterminé*, et c'est de ce point que, faisant tache d'huile, l'infection a déterminé la mort du malade par cachexie. Chaque

fois que la récidive est survenue, et elle est fréquente après l'opération par le bistouri, cette récidive s'est manifestée, toujours et sans exception, dans la cicatrice ou dans la région occupée par le néoplasme. Dans ces conditions est-il rationnel d'attribuer à la diathèse congénitale la cause d'un mal local d'abord, infectieux ensuite et dont on peut suivre pas à pas les progrès de sa marche envahissante?

Peut-on admettre une diathèse, dont on ne peut trouver la moindre trace, ni observer les moindres symptômes généraux, avant d'avoir constaté l'envahissement pathologique de l'économie, son infection progressive, en un mot la cachexie?

Si j'insiste sur ces points, c'est parce qu'ils ont la plus grande importance au point de vue du traitement curatif du cancer. *(A suivre).*

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS FAVORABLES DE QUELQUES OPÉRATIONS D'ÉPITHÉLIOMAS DE LA PAUPIÈRE ET DE LA CONJONCTIVE

par le Dr **A. TROUSSEAU**

Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Le pronostic des épithéliomas des paupières et de la conjonctive sans être, en toutes conditions, rassurant, n'est pas toujours aussi sombre que certains se sont plu à le dire. On commence à reconnaître que les cancers de ces organes peuvent être opérés avec des résultats satisfaisants, en prenant cet adjectif en un sens entièrement correct. Vu la rareté des métastases ou généralisations des épithéliomas palpébro-conjonctivaux, étant donné que la récidive locale est loin de se produire aussi fréquemment qu'on le pensait il y a quelques années, l'ablation de ces tumeurs pourra apporter au chirurgien quelque satisfaction non relative. Il n'est pas, pour jouir d'heureuses terminaisons, utile de faire de grands sacrifices de tissus voisins, et dans les cas d'épithéliomas de la conjonctive bulbaire, le globe oculaire peut presque toujours être respecté, même dans une consciencieuse intervention.

Un esprit scientifiquement précis souhaiterait qu'à côté des

heureux résultats que je vais mentionner j'apportasse les moins favorables, mais on me pardonnera de ne pas établir de statistique, vu la difficulté d'un tel travail inhérente à l'inconstance des malades, surtout de ceux qui croient ne pas avoir à se féliciter de l'œuvre du chirurgien. Je ne saurais à l'heure actuelle dire dans quelle proportion l'ablation des épithéliomas palpébraux et conjonctivaux est ou n'est pas suivie de récidive, je veux seulement, par quelques faits mis au jour, montrer que celle-ci est loin d'être constante. Naturellement je ne parlerai pas des très petits épithéliomas traités par les moyens locaux (grattage, galvano-cautère, chlorate de potasse, etc.), dont le diagnostic pourrait ne pas toujours avoir été d'une précision suffisante, je ne rapporterai que des cas où j'ai dû enlever chirurgicalement des épithéliomas déjà volumineux dont la nature exacte fut confirmée par l'examen histologique.

Une dame de 59 ans fut opérée par moi, *il y a six ans*, d'un épithélioma du bord inférieur de la paupière droite, la tumeur avait la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Pour ne pas rétrécir la fente palpébrale je dus me borner à enlever bien exactement la partie malade dont je dépassai fort peu les limites, je respectai la conjonctive. J'obtins une réunion par première intention en cinq jours. Depuis je revois tous les ans la malade, les tissus sont souples et nets, il n'y a pas apparence de récidive.

En 1892, j'enlevai à la paupière supérieure d'une femme de 49 ans, un épithélioma assez étendu qui mesurait 2 cent. 1/2 de haut sur 1 cent. 1/2 de large, je ne cherchai pas à réunir la plaie résultant de l'ablation ou à la fermer par une autoplastie quelconque que je juge déplorable en pareil cas, je me bornai à suturer les deux paupières pour éviter la rétraction de la paupière supérieure et en un mois j'obtins une réparation complète par un tissu en tout semblable au tégument des parties voisines et doué d'une bonne souplesse ; si bien que, lorsque deux mois après l'opération je rendis la liberté aux paupières, leur fonctionnement fut parfait. Depuis le mois de mai 1892, la malade a été suivie, la récidive ne s'est pas produite. Ce fait est intéressant parce qu'en l'espèce il s'agissait d'un assez gros épithélioma datant de 2 ans 1/2 et fort irrité par des attouchements et des traitements intempestifs.

Un troisième cas est aussi important quoique l'opération ne date que de 3 ans, car je n'ai pas encore vu survenir la récidive d'un épithélioma de l'angle interne de l'œil qui avait pénétré assez profondément du côté du sac lacrymal pour que j'aie été obligé d'en râcler à la curette les parois. Je n'ai pas donc eu affaire à un

épithélioma purement superficiel. Le malade, paysan, fatigué et peu soigneux, avait 70 ans lors de l'opération.

Je puis encore citer des faits aussi favorables concernant des ablations de cancers de la conjonctive.

Il y a 8 ans, j'ai enlevé sur un homme de 36 ans un épithélioma conjonctival voisin du limbe, de la grosseur d'une noisette. L'opération fut faite au galvano cautère. Le sujet, revu il y a cinq mois, jouissait encore d'une excellente santé locale et générale.

Il y a 3 ans 1/2 je fus consulté par une femme de 62 ans, atteinte d'un épithélio-sarcome de la conjonctive, volumineux et empiétant sur la cornée partiellement recouverte par la tumeur noirâtre et à aspect peu rassurant.

Averti par mon expérience en pareille matière, je m'opposai à l'énucléation qui avait été décidée en principe et j'enlevai aisément la tumeur en ménageant le globe et en dégageant la cornée qui avait gardé sa transparence et permet aujourd'hui une excellente vision. C'est à peine si une ligne blanchâtre sur la conjonctive, jusqu'ici absolument saine, permet de retrouver une trace du traumatisme opératoire.

Un enfant de 10 ans fut débarrassé par moi, il y a 6 ans, d'un épithélioma du limbe scléro-cornéen. Il est encore à l'heure actuelle en parfaite santé.

Je n'ai cité que les six observations qui précèdent, parce que je n'ai voulu publier que des faits bien vérifiés observés sur des malades longtemps et régulièrement suivis, mais j'ai souvenir de plusieurs cas analogues.

Le pronostic post-opératoire des épithéliomas de la paupière et de la conjonctive, surtout de ceux qu'on peut opérer avant qu'ils n'aient envahi les tissus profonds et les ganglions, n'est donc pas toujours fatalement mauvais. Je le crois, en outre, meilleur que celui des épithéliomas des autres régions.

ANALYSES

Appareil de la locomotion

J. Vanverts. — *Sarcome du fémur à marche aiguë.* (Soc. anat. Paris, décembre 1895, p. 775).

Jeune fille de 15 ans. Début de l'affection par des douleurs, de la fièvre et, au bout de trois semaines, on note, au-dessus du

genou, une tumeur profonde, faisant corps avec le fémur. Le diagnostic d'ostéomyélite, primitivement porté, est rectifié après incision. Six semaines plus tard, amputation de la cuisse; guérison. Il s'agissait d'un sarcome globo et fuso-cellulaire ayant présenté une évolution aiguë, fébrile et très rapide (moins d'un mois).

G. Houzel. — *Amputation interscapulo-thoracique pour ostéosarcome de l'épaule droite. Guérison.* (Arch. prov. de chir., 1er janvier 1896, p. 13).

Femme de 33 ans, atteinte depuis deux ans de douleurs dues à un ostéosarcome volumineux occupant tout le tiers supérieur de l'humérus. Amputation interscapulo-thoracique. Suites normales. La tumeur n'occupait que l'humérus ; il s'agissait d'un sarcome de la variété dite sarcome ossifiant (Toupet).

P. Mermet. — *Ostéomyélite prolongée récidivante du fémur. Epithélioma secondaire de l'os. Fracture spontanée* (Soc. anat. Paris, février 1896, p. 146).

Femme de 32 ans, enceinte de un mois et demi. A l'âge de 10 ans, accidents d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur ; un an après, retour des accidents avec trajets fistuleux, persistants, jusqu'à ce jour et avec aggravation au début de la grossesse actuelle. Une intervention partielle est bientôt suivie de symptômes qui font porter le diagnostic d'épithélioma secondaire de l'os, ce que vient confirmer une fracture spontanée. Amputation de la cuisse ; guérison opératoire et grossesse non interrompue. L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait bien d'un épithélioma pavimenteux lobulé, autour duquel existaient des lésions d'ostéite ancienne.

E. Doyen. — *Résection partielle du sternum, des clavicules et des premières côtes pour néoplasme malin.* (Arch. prov. chir., 1er octobre 1895, p. 633).

Homme de 41 ans, porteur d'une récidive de sarcome coiffant la fourchette sternale et comprimant les gros vaisseaux de l'orifice supérieur du thorax. L'ablation est ainsi pratiquée : Incision en T des téguments, la branche horizontale s'étendant jusqu'au tiers moyen de chaque clavicule; isolement de la tumeur des aponévroses cervicales antérieures, qui sont réséquées sur une certaine étendue, de même que l'insertion des muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien et sterno-cléido-mastoïdien; dénudation de la face postérieure de la clavicule gauche de dedans en dehors et section à l'union de son tiers moyen avec le tiers externe, ce fragment interne est libéré de ses connexions profondes ; section de la première côte au voisinage

de son cartilage; libération du bord gauche du sternum et section de sa poignée à l'aide d'une pince coupante; section de la clavicule droite au même point que sa congénère et de la première côte et ablation de la masse morbide détachée de la plèvre droite et du médiastin. Suture complète de la peau et tamponnement sous-cutané au niveau de la partie supérieure du médiastin. Guérison opératoire rapide.

Appareil de l'innervation

Auclair. — *Névrogliome.* (Soc. anat., Paris, janvier 1896, p. 25).

Femme présentant depuis trois mois de violentes douleurs de tête. Amaurose complète due à une névrite optique double; pas de troubles cérébraux. Mort rapide. A l'autopsie on a trouvé, non pas une tumeur, mais un épaississement du noyau caudé, de la capsule interne, du noyau extra-ventriculaire, de la capsule externe et de l'avant-mur. Toutes ces parties, de même que les circonvolutions temporo-sphénoïdales qui contenaient un noyau dur, circonscrit, étaient plus dures et plus blanches qu'à l'état normal.

Lorrain. — *Endothéliome de l'arachnoïde.* (Soc. anat. Paris, nov., déc. 1895, p. 696).

Femme de 73 ans, apportée en état de coma avec contracture du côté droit. Mort. A l'autopsie on trouve du côté de l'hémisphère gauche, au niveau de la troisième frontale, à la partie antérieure et supérieure de l'insula de Reil, une tumeur du volume d'une grosse noix, adhérente sur un point à la dure-mère.

Cette tumeur est lisse, molle, de coloration brûnatre et nullement adhérente à la substance cérébrale qui est ramollie et parsemée de foyers hémorragiques. L'examen histologique a démontré qu'elle était formée de masses arrondies rappelant l'aspect de lobules endothéliaux (endothéliome de Rindfleisch).

Embden. — *Tumeurs cérébrales (sarcome) secondaires* (Soc. Méd. de Hambourg et Bulletin Méd., 26 janvier 1896, p. 94).

Ces tumeurs ont été trouvées sur un homme qui avait présenté les accidents suivants. A 45 ans, il avait été atteint d'alexie incomplète sans aphasie réelle; l'alexie ne portait que sur un tiers des lettres de l'alphabet. Dans la suite étaient survenus de la stase papillaire et divers troubles optiques. L'autopsie a fait découvrir un sarcome primitif des capsules surrénales avec métastases dans les poumons et deux tumeurs de même nature dans le cerveau, l'une dans la corne occipitale et l'autre dans la région des circonvolutions ascendantes.

Appareil des sens spéciaux

Roose. — *Deux cas de glio-sarcome de la rétine.* (Ann. de l'Inst. St-Antoine, Courtrai, n° 1, 1896).

1. — Enfant de 4 ans ans et demi Globe oculaire augmenté de volume sans phénomènes inflammatoires. Enucléation. L'œil est transformé en une masse épaisse, blanc-jaunâtre, formée de petites cellules arrondies mêlées à des cellules dégénérées granuleuses. Le nerf optique, volumineux, est infiltré de cellules gliomateuses, qui se trouvent également dans la choroïde et les procès ciliaires. Récidive au bout de quinze jours.

2. — Jeune enfant chez lequel l'énucléation de l'œil montre que le segment antérieur est à moitié rempli par une masse gélatineuse. Le segment postérieur est vide, les deux segments sont reliés entre eux par un cordon que constitue la rétine décollée. Le néoplasme couvre les procès ciliaires et le cristallin. Au microscope, la masse gélatineuse est formée de petites cellules, dont la petitesse seule les différencie des cellules sarcomateuses. La tumeur aurait pris naissance du côté de l'ora serrata.

Roose. — *Deux cas d'extirpation d'épithéliomas anciens de l'angle interne de l'œil.* (Ann. de l'Inst. Saint-Antoine, Courtrai, n° 1, 1896).

Dans ces deux cas le début avait pris la forme d'une verrue située sur la partie latérale du nez, près de l'angle interne de l'œil. Tout en ayant évolué lentement ils avaient pris une grande extension, sans propagation aux ganglions. L'un s'étendait sur le côté gauche du nez, le front, les paupières, la tempe et la joue : toutes ces parties, y compris le globe oculaire, furent enlevées. L'autre avait envahi l'os nasal, les cornets moyens et supérieurs et la paroi interne de l'orbite. Une large ablation fut faite comme dans le cas précédent. Chez les deux malades la cicatrisation s'opéra rapidement.

Brindel. — *Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome.* (Journ. Méd., Bordeaux, 12 janvier 1896, p. 19.)

Femme de 45 ans, opérée d'un lymphadénome des fosses nasales. Cinq mois après l'ablation de la tumeur, on constate sur un point (cornet moyen), où s'implantait la tumeur, un petit polype de la grosseur d'un noyau de cerise. Ablation de cette petite tumeur, qui est reconnue analogue aux polypes myxomateux des fosses nasales. Cette constatation permet de supposer que le lymphadénome, primitivement enlevé, n'était peut-être qu'une dégénérescence d'un polype bénin.

Brindel. — *Epithélioma pavimenteux lobulé des fosses nasales et des voies lacrymales.* (Journ. Méd., Bordeaux, 12 janvier 1896, p. 20.)

Il s'agit dans ce cas d'un homme, porteur d'une tumeur remplissant la fosse nasale gauche et faisant saillie en dedans de l'angle interne de l'œil. Par l'examen rhinoscopique on constatait une tumeur bourgeonnante, rouge, sanieuse qui obstruait complètement la fosse nasale. Ecoulement sanieux, sanguinolent. La tumeur faisait saillie à l'angle interne de l'œil et avait été prise pour une dacryocystite suppurée; une incision avait donné issue à du sang.

Une portion de la tumeur nasale ayant été enlevée, l'examen histologique a démontré que l'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux lobulé, affection rare des fosses nasales. Or, comme ces dernières sont tapissées d'une muqueuse à épithélium cylindrique, on doit supposer que la tumeur a pris naissance soit à l'entrée du nez, soit au niveau des canaux lacrymaux, points où existe normalement un épithélium pavimenteux.

Venneman. — *Un cas d'auto-inoculation de carcinome mélanique de la paupière* (Ann. Soc. belge chir., 15 juillet 1895, p. 130).

Homme de 55 ans, portant, depuis plusieurs années, sur le bord marginal de la paupière inférieure gauche, une tache noire et indolore qui, à la suite d'une blessure récente, a augmenté de volume et s'est ulcérée au niveau du bord ciliaire. Du côté de la conjonctive, l'épithélium est intact, mais au-dessous on aperçoit des taches noires disséminées.

Sur le bord ciliaire de la paupière supérieure se voit une tumeur exactement semblable à celle de la paupière inférieure et occupant la partie de la conjonctive tarsienne qui recouvre la partie ulcérée de la tumeur principale. A travers l'épithélium intact on aperçoit également des foyers néoplasiques pigmentés.

VENNEMAN suppose qu'il s'est fait dans ce cas une auto-inoculation; il admet que des cellules épithéliales, détachées par ulcération de la tumeur principale, se sont infiltrées entre les cellules intactes et y ont semé l'infection en pullulant sur place ou en inoculant aux cellules voisines le poison qu'elles portaient. Il en déduit que l'on doit opérer avant que la tumeur primitive ne soit ulcérée et que l'extirpation du cancer doit être totale.

Appareil de la digestion

1° *Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion*

Franchomme. — *Sur un procédé opératoire pour l'ablation des épithéliomas médians de la lèvre inférieure.* (Journ. Sc. méd. Lille, 21 septembre 1895, p. 265.)

Ce procédé doit être ainsi exécuté : tracer deux incisions parallèles et verticales partant des extrémités du néoplasme et descendant jusqu'à l'os hyoïde; puis, au-dessous de la tumeur, tracer une troisième incision perpendiculaire aux premières. Enlever rapidement le néoplasme. Séparer par la dissection la muqueuse du cul-de-sac labio-gingival de la peau du menton; détacher le grand lambeau cutané de l'os, en lui conservant le plus d'épaisseur à son bord libre; suturer le bord libre du lambeau muqueux. Fixer les extrémités de la ligne de suture aux portions saines et suturer les incisions verticales.

Depage. — *De l'ablation de la base de la langue cancéreuse par la voie sous-hyoïdienne.* (Ann. Soc. belge chir., 15 déc. 1895, p. 310).

Depage publie l'observation d'une femme de 55 ans, chez laquelle il a enlevé un cancer de la base de la langue par le procédé suivant : Après trachéotomie et introduction de la canule de Trendelenburg, on a fait la pharyngotomie sous-hyoïdienne et la section de l'épiglotte à la base. Puis, les laryngés supérieurs respectés, on a agrandi l'ouverture du pharynx jusqu'à l'extrémité des cornes de l'os hyoïde. Les linguales ont été liées et le néoplasme enlevé avec l'os hyoïde.

Depage. — *Cinq cas d'extirpation du pharynx pour cancer.* (Ann. Soc. belge chir., 15 septembre et 15 octobre 1895, p. 166 et p. 195).

L'auteur rapporte cinq cas d'extirpation du pharynx chez des sujets atteints de cancer. Le premier de ces malades portait un épithélioma de l'amygdale droite, qui avait envahi la partie latérale du pharynx et le voile du palais. Toute la chaîne ganglionnaire du cou était envahie. Les ganglions furent d'abord enlevés ainsi qu'une portion de la parotide, ce qui ne put être fait qu'en sectionnant le facial; puis, la carotide externe liée et la branche montante du maxillaire sectionnée en haut et en bas, on fit successivement l'extirpation partielle du pharynx et de la moitié du voile du palais et l'ablation de la glande sous-maxillaire et des ganglions attenants. Cicatrisation complète au bout de trois semaines. Sept mois plus tard pas de récidive; l'opéré mâche bien les aliments et avale sans difficulté.

Le second cas concerne un homme de 53 ans, dont un épithélioma des deux amygdales avait envahi toute la paroi postérieure du pharynx et l'épiglotte. Après trachéotomie préventive, une incision cervicale latérale conduit d'abord sur des ganglions qui sont enlevés, sur l'artère carotide externe qui est liée et sur le pharynx qui est isolé et extirpé. L'épiglotte envahie est réséquée à sa base. Sonde œsophagienne. Un mois après l'opération, cicatrisation dont les suites ont été troublées par une pneumonie, de l'entérite et de la cystite purulente avec rétrécissement de l'urètre, qui a été uréthrotomisé. Six semaines plus tard déglutition facile des liquides.

Dans le troisième cas, observé sur un homme de 52 ans, le cancer du pharynx s'était étendu à l'œsophage. La trachéotomie fut d'abord pratiquée, puis l'on procéda à la résection du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. L'opération a été suivie d'une grande amélioration de l'état général ; toutefois, quatre mois plus tard, la canule trachéale devait encore rester en place à cause d'un œdème de l'épiglotte et des cordes vocales et il persistait au cou une fistule pharyngienne et une fistule œsophagienne.

Chez le quatrième malade il s'agissait d'un épithélioma de la partie inférieure du pharynx. La pharyngectomie, après trachéotomie, fut faite par la méthode de Langenbeck. Ictère consécutif. Mort, le 12me jour, de folie post-opératoire.

Le cinquième cas a rapport à un sujet de 48 ans, portant un épithélioma de la partie inférieure du pharynx, ayant entamé la muqueuse de l'œsophage. Extirpation de la tumeur. Guérison opératoire complète un mois et demi après l'intervention. La déglutition des aliments n'est possible que lorsque le malade porte sa canule trachéale.

2e *Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion*

Hammerschlag. — *Diagnostic du cancer de l'estomac.* (Soc. méd. Vienne, et Bulletin méd., 22 mai 1895).

D'après Hammerschlag le groupement symptomatique suivant doit faire diagnostiquer le cancer : absence d'acide chlorhydrique libre, acide lactique abondant, nombreux bacilles longs, suppression de la digestion de l'albumine, diminution progressive de la force motrice. La question de savoir si ces modifications ne se rencontrent que dans le cancer de l'estomac doit être résolue par la négative.

Ainsi, pour ce qui est du symptôme de l'acide lactique, Hammerschlag a observé trois cas où l'on soupçonnait un cancer de l'estomac, et pour lesquels, malgré la présence abondante de cet acide, le diagnostic de cancer dut être ultérieurement rejeté d'une manière absolue. Sur 250 estomacs examinés à la clinique de M. Nothnagel, on trouva 33 fois de l'acide lactique, et ces cas se rapportaient à 30 cancers et 3 autres affec-

tions. La digestion des albumines faisait défaut chez 35 malades, dont 30 cancéreux et 5 autres.

D'autre part, les altérations susdites ne s'observent pas d'une façon absolument constante dans le cas de cancer et elles peuvent manquer non seulement au début, mais encore dans un stade avancé ; le chimisme stomacal peut être absolument normal.

Dans les cas dans lesquels le cancer ne se développe pas au pylore, et par conséquent n'a pas de tendance à provoquer un rétrécissement pylorique avec dilatation, l'analyse du suc gastrique permet le plus souvent un diagnostic précoce. Lorsque le cancer se développe sur la cicatrice d'un ulcère, les altérations du chimisme se produisent aussi de bonne heure. Par contre, dans le cancer du pylore, les réactions chimiques restent longtemps normales ; cependant, dans ces cas, on observe souvent, de bonne heure, une forte diminution de la pepsine avec persistance de la sécrétion chlorhydrique.

On peut dire d'une manière générale que l'examen du contenu stomacal permet le plus souvent un diagnostic précoce, surtout en l'absence d'ectasie gastrique. Il est nécessaire toutefois de répéter les analyses à plusieurs reprises.

Hammerschlag, à l'aide de fragments de muqueuse enlevés au cours de gastro-entérostomies, a pu étudier les rapports du chimisme stomacal dans le cancer avec les altérations de cette muqueuse et constater leur concordance parfaite. L'altération essentielle, lorsqu'il existe un amincissement considérable de la muqueuse, est une dégénérescence avancée des glandes à pepsine portant surtout sur les cellules de revêtement ; cette constatation jette un certain jour sur le chimisme anormal. De plus, on constate un nombre considérable de cellules éosinophiles dans les couches profondes de la muqueuse.

L'amélioration des résultats de la chirurgie pour le cancer de l'estomac a plus à espérer de la précocité croissante du diagnostic que des progrès de la technique. On ne saurait donc accorder trop d'intérêt aux moyens qui permettront de faire le diagnostic de bonne heure.

Vilcoq et Lancry. — *Cancer de l'estomac ; péritonite adhésive ; perforation de la paroi antérieure ; phlegmon gangréneux et fistule gastro-cutanée.* (Gaz. hebd., Paris, 9 février 1896, p. 137).

Femme de 70 ans accusant une douleur pongitive au creux épigastrique. A ce niveau existe une induration en masse uniforme ne présentant ni saillie, ni dépression et très sensible à la pression à sa partie moyenne. Selles normales. Quelques vomissements verdâtres. Dans les jours suivants douleurs spontanées plus vives, vomissements plus fréquents, élévation de la température et rougeur des téguments d'apparence phlegmoneuse ; puis formation d'une collection fluctuante et perforation de la peau au-dessous des fausses côtes gauches, par laquelle sort une grande quantité de gaz fétides, de pus, de lambeaux

de tissus sphacélés et de matière liquide exhalant une odeur infecte. Malgré ces évacuations qui continuent quelques jours, la cachexie marche rapidement et entraîne la mort.

A l'autopsie on constate, entre l'estomac et la paroi abdominale, une large cavité fermée latéralement par des adhérences péritonéales et remplie de liquide et de débris sphacélés ; en avant, elle communique avec l'extérieur par la perforation cutanée et, en arrière, avec l'estomac, sur la paroi antérieure duquel, à égale distance de la petite et de la grande courbure, se voit une perforation siégeant en plein tissu cancéreux.

Ce cas de fistule gastro-cutanée, consécutive à un cancer de l'estomac, est une complication que l'on observe assez rarement. On n'en a, en effet, publié qu'un très petit nombre d'exemples. En 1887, Feulard (1) en donnait le résumé de quatorze observations. En 1895, Achard (2) en signalait deux cas intéressants, et dans son mémoire, cet auteur soutenait que dans cette variété de phlegmon ombilical l'infection a pour point de départ la surface ulcérée du néoplasme. Cette pathogénie paraît applicable chez la malade de Vilcoq et Lancry, bien que le siège du phlegmon fût situé loin de la région ombilicale. Cette année même, le même sujet a été plus longuement étudié par Brechoteau dans sa thèse sur les fistules gastro-cutanées.

Eisenschitz. — *Ulcère et cancer de l'estomac.* (Wiener Med. Presse, 1er décembre, col. 1834, 1895.)

Jeune femme qui, depuis une dizaine d'années, présentait des troubles intermittents du côté de l'estomac. Il y a dix mois, intolérance stomacale et, à plusieurs reprises, vomissements de sang. A son entrée à l'hôpital, on constata l'existence d'une tumeur au niveau de la région épigastrique, appartenant manifestement à l'estomac. L'examen du contenu stomacal a montré, chaque fois, la présence de HCl libre et l'absence d'acide lactique, ce qui fit diagnostiquer une tumeur de l'estomac d'origine cicatricielle.

La gastro-entérostomie, faite quelques jours plus tard, réussit bien, mais la malade, très affaiblie, succomba quelques heures après l'opération. L'examen de l'estomac montra l'existence d'un carcinome développé à la base d'un ancien ulcère.

(1) Feulard : Archives générales de Médecine, 1887.

(2) Achard : Mémoire de la Soc. Méd. des hôp., août 1895, et Rev. des Maladies cancér., 2me fasc., 1896, p. 110.

J. Brault. — *Sarcome primitif de l'iléon.* (Arch. génér. de Méd., juillet 1895, p. 25).

Jeune homme ne présentant aucun antécédent héréditaire. Depuis six mois amaigrissement, douleurs intestinales et augmentation du volume du ventre. A la palpation on sent deux tumeurs, l'une, du volume d'une tête de fœtus, dans le flanc gauche, et l'autre, plus petite, à la région hypogastrique. Ces tumeurs fermes, non indépendantes l'une de l'autre, sont assez mobiles. Laparotomie exploratrice; les tumeurs étant le siège d'adhérences multiples, on referme la cavité abdominale. Mort quelques semaines plus tard. A l'autopsie on trouve deux dilatations ampullaires portant sur l'iléon, la plus volumineuse à sa première partie et la seconde à vingt centimètres de la valvule iléo-cœcale. En outre, dans l'épaisseur de l'intestin intermédiaire, quelques noyaux blanchâtres. Au microscope : sarcome globo-cellulaire pur et typique.

Verneuil. — *Tumeur cancéreuse de l'S iliaque.* (La Clinique, 19 décembre 1895, p. 801, Bruxelles).

Femme de soixante-dix ans, prise, après une période de constipation, vaincue seulement par les lavements et les purgatifs, de vives douleurs abdominales. Depuis quelques jours constipation absolue. Dans la cavité pelvienne, tumeur prise pour l'utérus en rétroflexion. On tente une hystérectomie qui fait reconnaître que l'utérus est atrophié et en pleine dégénérescence cancéreuse. Plus haut existe une tumeur qui, mise à nu par la laparotomie, est un cancer de l'S iliaque. Pas d'ablation; création d'un anus iliaque.

Depage. — *Un cas de résection du rectum cancéreux par la voie vaginale* (Ann. Soc. belge chir., 15 novembre 1895, p. 296).

Femme de 54 ans, atteinte d'un cancer de la paroi postérieure du rectum, siégeant à quatre centimètres au-dessus de l'anus et mesurant quatre à cinq centimètres de diamètre. L'opération a consisté à fendre la paroi recto-vaginale, à extirper le néoplasme à coups de ciseaux, à réunir de haut en bas les bords de la plaie rectale et à suturer séparément les lèvres de l'incision longitudinale du rectum et du vagin. Guérison opératoire en quinze jours.

Jaboulay. — *Le traitement du cancer du rectum.* (Province Méd., 4 janvier, p. 2, 1896.)

Après quelques mots sur l'intervention chirurgicale appliquée au cancer du rectum et la constatation que les résultats n'en sont pas encore très brillants, Jaboulay se demande dans quel cas il faut s'en tenir à l'anus contre nature, dans quel cas il faut, en plus, faire l'ablation du rectum, lorsqu'il s'agit d'un cancer élevé

et dangereux à enlever. Suivant notre confrère, la conduite à tenir est simple : « Les cancers du rectum, dit-il, marchent lentement, la survie peut être longue, lorsqu'on envisage les accidents qui sont amenés par la nature de la tumeur et non par sa localisation. Le cancer du rectum tue surtout par la rétention qu'il crée au-dessus de lui et qui se traduit par des troubles simples de la canalisation ou par de la distension avec érosions intestinales et infections naissant immédiatement à son voisinage. S'il y a de la stase, l'anus iliaque est indiqué, et c'est à lui seul qu'il faut se borner au cas où aucune douleur consécutive n'apparaîtrait, mais il faudrait faire l'extirpation après cet anus contre nature, qui aurait l'avantage de rendre l'opération plus inoffensive, en présence de cancers douloureux; plusieurs malades que j'avais ainsi opérés par l'anus contre nature seul, ont survécu plusieurs années, plus longtemps que des individus à qui j'avais enlevé avec succès des cancers élevés, anciens et étendus. »

Hassier. — *Tumeur intrapéritonéale sus-ombilicale mobile. Laparotomie; guérison.* (Province Méd., 25 janvier 1896, p. 44).

Le sujet de cette observation portait une tumeur sus-ombilicale mobile, ayant déterminé différents accidents qui avaient résisté à tout traitement. Le ventre ouvert on a constaté :

Que la tumeur avait le volume du poing, qu'elle faisait corps avec le lobe gauche du foie en avant, et le pylore en arrière, les soudant intimement; qu'elle était bosselée, extrêmement dure, et qu'elle portait à la périphérie des masses arrondies, les unes dures, roses, transparentes, comparables à des enchondromes des doigts ; les autres dures également, blanches, opaques et lisses.

Une de ces masses superficielles fut extraite sans difficulté; à la coupe elle présentait une paroi fibreuse et, dans son intérieur, une masse amorphe blanchâtre d'apparence crétacée.

Une des masses profondes fut excisée de façon à prélever un cube qui fut immédiatement mis dans le liquide fixateur pour l'examen histologique.

Le foie lui-même n'était pas hypertrophié, mais son bord antérieur présentait, à droite et à gauche de la tumeur, des nodosités lisses, bien arrondies, du volume de grosses noisettes, d'une dureté cartilagineuse ou calcaire, qui occupaient toute l'épaisseur du bord antérieur de la glande à ce niveau.

Cette tumeur n'ayant pu être enlevée, le drainage à la Mikulicz seul a été fait. Le microscope a démontré que cette tumeur était un fibro-lipome en voie de se transformer en fibro-sarcome, probablement né aux dépens d'une frange épiploïque.

3° *Annexes de l'appareil de la digestion*

Duret et **Augier.** — *Énorme tumeur de la région amygdalienne (Tumeur mixte de la parotide).* (Journ. sc. Méd. Lille, 6 mars 1896, p. 236).

Jeune fille de 22 ans, atteinte d'une énorme tumeur occupant les régions parotidienne et amygdalienne. Marche lente. Pas de paralysie faciale. L'opération a consisté à dégager la partie externe de la tumeur et, après section du maxillaire inférieur et incision du voile du palais, à la détacher du pharynx auquel elle adhérait et à l'extraire en totalité. Cette tumeur, qui pesait 212 grammes, était une tumeur mixte de la parotide. Suites immédiates de l'opération sans incidents.

Roget. *Volumineux carcinome secondaire du foie.* (Loire méd., 15 février 1896, p, 40).

Sur un sujet, alcoolique, qui avait présenté des symptômes mal définis de lésions de l'estomac, du foie et du pancréas, l'autopsie a montré un carcimone de la face postérieure de l'estomac propagé au pancréas et au foie. Ce dernier organe pesait 7 kil. 500 gr. avec des noyaux très voluminenx, indurés, lisses; le lobe droit était presque entièrement envahi par un seul noyau cancéreux.

A. Cochez. — *Manifestations hépatiques du cancer du pancréas.* (Rev. de Médecine, N° 7, juillet 1895, p. 545).

Après avoir rapporté l'observation de deux cancers du pancréas, Cochez discute quelques-uns des signes indiqués dans le mémoire de Bard et Pic, en particulier l'absence d'hypertrophie du foie et la dilatation de la vésicule biliaire. Cochez cite des faits qui montrent que cette opinion est trop absolue et que le volume du foie dépend principalement de la durée des manifestations hépatiques. Si elles sont récentes, la glande sera augmentée de volume ; dans le cas contraire, on constatera une atrophie plus ou moins marquée de la glande.

Quant à la distension de la vésicule biliaire qui permettrait de distinguer l'obstruction par cancer de l'obstruction lithiasique qui, au contraire, amène l'atrophie de la glande, il y a quelques réserves à faire à son sujet. Si le fait est exact dans certains cas, l'obstacle siégeant à la tête du pancréas, il peut aussi arriver que le canal hépatique ou le canal cystique soit comprimé par la masse cancéreuse, il en résultera une atrophie de la vésicule, comme cela a été constaté dans ces deux observations.

Appareil de la respiration

Angelesco. — *Epithélioma primitif de l'épiglotte.* (Soc. anat. Paris, déc. 1895, p. 764).

Cet épithélioma a été observé sur une femme de 63 ans, qui ne présentait des troubles de la déglutition et de la respiration que depuis quatre mois. Au toucher bucco-pharyngien on percevait une tumeur implantée au niveau de l'épiglotte. Ablation par la laryngotomie sous-hyoïdienne. Mort de broncho-pneumonie. Cette tumeur était un épithélioma développé uniquement sur l'épiglotte sans autre lésion de même nature dans le voisinage et sans engorgement ganglionnaire.

R. H. Woods. — *Cancer naissant de la corde vocale; thyrotomie, ablation.* (Médecine mod., 7 décembre 1895, p. 756).

Homme de 52 ans; depuis deux mois enrouement et sensation de serrement à la gorge pendant la déglutition. L'examen laryngoscopique montre la corde vocale gauche rouge et gonflée et, sur sa face interne en avant de l'apophyse vocale de l'aryténoïde, un petit ulcère à bords élevés et à fond jaunâtre. Le traitement spécifique ayant été administré sans résultat, l'ablation de l'ulcère est décidée. La trachéotomie étant faite, on sectionne sur la ligne médiane le cartilage thyroïde, qui est calcifié et, la muqueuse du larynx incisée, on introduit un morceau d'éponge dans la trachée au-dessus de la canule, puis on pratique l'extirpation de toute la portion de corde vocale ulcérée. Ecoulement de sang assez abondant; badigeonnage de la plaie avec de la teinture de benjoin; suture des deux moitiés du cartilage et des téguments. Les suites de l'opération ne furent troublées que par un œdème de la portion droite du larynx, qui céda à des scarifications, et par un petit abcès au côté droit de la gorge.

L'examen histologique dénote que l'ulcère était un cancer épithélial. Un an et dix mois après l'intervention, il n'y avait pas de récidive et la sonorité de la voix était parfaite.

Gluck. — *Extirpation du larynx pour tumeurs malignes.* (Médecine moderne, 22 janvier 1896, p. 54).

Gluck a fait 13 fois l'extirpation totale ou partielle du larynx pour des tumeurs malignes de cet organe; 7 malades ont guéri, 6 sont morts, il n'y a pas eu de récidive chez les opérés survivants, dont l'un parle très distinctement au moyen d'un larynx artificiel.

Gluck a indiqué, il y a 3 ans, un procédé qui permet de supprimer les canules et qui facilite beaucoup le traitement consécutif, notamment la section transversale de la trachée et l'attraction de l'extrémité après introduction d'une canule. On tamponne après l'extirpation.

Kohn. — *Sarcome de la cavité thoracique (poumon et bronches).* (Berl. Kl. Woch., 25 novembre 1895, p. 1037).

Homme de 36 ans, pris assez brusquement de point de côté avec toux et légère expectoration nullement caractéristique. Quinze jours plus tard, hémoptysie assez abondante, on constate alors une pleurésie au niveau du lobe supérieur gauche, et une ponction exploratrice pratiquée à gauche et en arrière donna issue à un liquide limpide, et un peu plus bas à un liquide rougeâtre, contenant tous les deux des pneumocoques. Deux semaines plus tard on pratiqua l'empyème, on fut surpris de ne trouver que fort peu de pus.

Le malade, à partir de ce moment, se cachectisa, la paroi thoracique antérieure devint bombée, les ganglions sus-claviculaires se prirent et, quelque temps après, le malade succombait.

A l'autopsie, on trouva un sarcome énorme du poumon gauche et des bronches.

Bret et Chatin. — *Sarcome primitif de la plèvre.* (Province méd., 14 décembre 1895, p. 591).

Cette observation a trait à un homme de 49 ans, atteint, depuis un certain nombre de mois, de douleurs dans le côté gauche de la poitrine, de toux quinteuse et d'essoufflement, accidents devenus plus intenses en ces derniers temps et accompagnés de courbature, fièvre, frissons, céphalalgie. Matité absolue et absence totale de vibrations dans toute l'étendue du poumon gauche ; à sa partie moyenne double souffle et pectoriloquie. Une thoracenthèse donne issue à du liquide hémorragique. Reproduction rapide de l'épanchement. Nouvelle ponction que l'on répète plusieurs fois dans les trois mois suivants. Même liquide extrêmement hémorragique. Les accidents progressent et le malade meurt de cachexie.

A l'autopsie on constate que le poumon gauche est refoulé à la partie supérieure, que sur la plèvre costale, le diaphragme et le médiastin, qui limitent une cavité remplie de caillots, existe un tissu lardacé épais et que sur le médiastin est fixée une tumeur friable, d'un blanc laiteux et du volume d'une petite orange Ces différents produits néoplasiques, examinés au microscope, présentent les caractères du sarcome.

A. Brindel et **G. Liaras.** — *Trois cas de cancer du corps thyroïde.* (Journ. Méd. Bordeaux, 8 sept. 1895).

Le premier de ces faits concerne un homme de 42 ans, qui portait dans la région sous-maxillaire gauche deux tumeurs, paraissant dures et indépendantes de la glande thyroïde. L'intervention montre qu'elles se sont développées aux dépens de cette glande et qu'elles contiennent un liquide citrin avec enveloppe épaisse et friable. Ablation. Récidive, dans la cicatrice, d'une tumeur semblable, dont

l'extirpation est faite et dont l'examen histologique indique qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

La deuxième observation est celle d'une jeune fille de 15 ans, portant, à la hauteur du cricoïde, une tumeur, datant de quelques années, et de la grosseur d'une grosse cerise. Une ponction donne issue à un liquide hématique. On procède à son ablation ainsi qu'à celle de deux autres poches semblables. Récidive au bout de quinze mois : nouvelle intervention qui permet d'extraire plusieurs kystes thyroïdiens, dont le microscope révèle, comme dans le cas précédent, la nature épithéliomateuse.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une tumeur dure observée chez un homme de 40 ans et rattachée au lobe gauche du corps thyroïde. Extirpation. Au microscope, épithélioma végétant à cellules cylindriques.

Suivent quelques réflexions cliniques, qu'accompagnent les conclusions suivantes :

Pendant une période de temps indéterminée, les épithéliomas du corps thyroïde évoluent, à s'y méprendre, comme les goîtres bénins;

Toutes les fois qu'après énucléation intra-glandulaire d'un goître on constatera une récidive, il faudra redouter une tumeur maligne;

La transformation des goîtres bénins en goîtres malins étant un fait couramment admis, et le diagnostic entre les deux étant d'une difficulté extrême, quelquefois même histologiquement, le chirurgien devra traiter les goîtres parenchymateux, colloïdes et kystiques comme des tumeurs malignes et en pratiquer l'ablation par le procédé d'énucléation intra-glandulaire qui a l'avantage d'être inoffensif, facile, et de ne pas exposer aux dangers d'une thyroïdectomie totale.

M. G. Gayet. — *Cancer du corps thyroïde avec propagation à la trachée, trachéotomie, mort.* (Arch. prov. chir. 1er novembre 1895, p. 718).

Homme de 45 ans, atteint de troubles respiratoires depuis trois mois et d'une tumeur du corps thyroïde qui, en présence d'accidents de suffocation, nécessite la trachéotomie, qui n'est effectuée qu'avec beaucoup de difficultés. La canule, mise en place, est juste assez longue pour dépasser le niveau inférieur de la compression. Mort deux heures après dans une crise d'asphyxie.

L'auteur donne la relation de l'autopsie, qui montrait que le cancer, primitivement développé dans le corps thyroïde (le lobe gauche principalement), a envahi la trachée, le larynx, l'œsophage et les ganglions carotidiens. Dans le larynx, entre les deux cordes vocales, existait une masse polypeuse obturant presque entièrement l'orifice, et rendant compte des accidents

asphyxiques pendant la vie. En outre, dans la trachée, remplie de sang et ulcérée sur un point, se voyait, flottante, une languette muqueuse peut-être détachée au moment du passage de la canule, et ayant pu en obturer l'orifice inférieur. Gayet en conclut à la nécessité d'employer, en pareil cas, une canule à extrémité mousse, conique et de grandes dimensions, ce qui mettrait à l'abri de ces divers accidents (ulcération, hémorragie, etc.).

W. H. Bennett. — *Adéno-sarcome (?) de la thyroïde : ablation.* (Médecine Mod., 25 décembre 1895, p. 795).

Femme de 28 ans, atteinte d'une tumeur de la thyroïde développée depuis 4 ans, et donnant lieu actuellement à des accidents d'asphyxie. Extirpation. On constata que la tumeur était un adénome avec un centre suspect, ressemblant beaucoup au sarcome.

Gerolamo Gatti. — *Rapide développement d'un sarcome de la thyroïde à la suite d'infection par streptocoque pyogène.* (Rev. de Chir., n° 7, juillet 1895, p. 618.)

Homme de quarante ans, porteur d'une volumineuse tumeur de la glande thyroïde déterminant quelques phénomènes de compression. L'examen du sang révèle la présence du streptococcus pyogenes, et l'examen de quelques grammes de pus, retiré d'un point fluctuant de la tumeur, donne le même résultat. Une parcelle de cette dernière est examinée au microscope et fait porter le diagnostic de sarcome à cellules polymorphes. Très rapidement, accroissement du néoplasme et mort.

L'autopsie fait voir que la masse néoplasique a envahi la trachée, l'œsophage et les gros vaisseaux et qu'il existe quelques foyers métastatiques dans les poumons.

L'auteur estime que, dans ce cas, l'infection primitive est provenue du streptocoque pyogenes et que sous l'influence des produits bactériques il y a eu une rapide prolifération des éléments du sarcome.

Appareil de la sécrétion urinaire

E. Loumeau. — *Tumeur de la vessie. Cystectomie partielle par la taille hypogastrique transversale. Infiltration d'urine ; septicémie suraiguë. Mort.* (Jour. Méd., Bordeaux, 5 janvier 1896, p. 4).

Homme de 67 ans, atteint de plusieurs rétrécissements de l'urètre et d'une tumeur vésicale de la grosseur d'un citron. Le 25 novembre,

urétrotomie interne à quatre sections et ultérieurement passage de bougies Béniqué. Persistance des hématuries.

Le 8 décembre, la tumeur étant reconnue attachée par une large base à la paroi antéro-latérale droite de la vessie, taille hypogastrique transversale. La vessie est incisée transversalement sur une étendue de six centimètres ; excision de la tumeur et résection de la paroi vésicale infiltrée, sur laquelle elle s'était développée ; hémostase, lavages et suture totale de la vessie, qu'une injection boriquée remplit sans filtrer, suture des téguments. Pas de drainage, sonde à demeure. Dans la soirée, douleurs et pressants besoins d'uriner impossibles à satisfaire ; bas-ventre très-tendu, ablation de quelques fils de la suture hypogastrique, drainage de la cavité vésicale et de la cavité pelvienne. Mort, trente heures après l'opération, d'accidents septicémiques.

L'autopsie montre que les lésions sont limitées au petit bassin, où existe une rougeur diffuse avec exsudats séro-sanguinolents. La vessie est vide et ratatinée, mais une injection faite par la sonde urétrale sort à travers la paroi par une fissure de la suture latérale droite.

Pousson. — *Néoplasme de la vessie* (Journ. Méd., Bordeaux, 5 janvier 1896, p. 3).

Ce néoplasme a été observé sur un sujet dont les débuts de l'affection remontaient à 13 ans. De 1882 à 1895 les accidents avaient consisté, par étapes intermittentes, en hématuries et douleurs vésicales. En mars 1895, ablation, par la cystotomie sus-pubienne, d'une tumeur implantée sur le côté gauche du col. Cinq mois plus tard, réapparition des mêmes accidents ; nouvelle cystotomie qui montre la cavité vésicale couverte de végétations mamelonnées et sessiles, qui sont enlevées par la curette. Suites immédiates sans accident.

Porte. — *Cancer du rein. Sarcome de la dure-mère.* (Dauphiné Méd., déc. 1895, p. 293).

Femme de 28 ans. Depuis trois mois, vives douleurs dans la tête et dans les membres inférieurs. Urines troubles ; amaigrissement. Coma depuis la veille ; mort. A l'autopsie on trouve un cancer du rein gauche et une tumeur de même nature de la dure-mère crânienne comprimant le cerveau.

Stoukoventoff. — *Cancer des capsules surrénales* (Gaz. Méd., Paris, 7 décembre, p. 49, 1895).

Femme de 50 ans, entrée à l'hôpital pour des lésions pulmonaires qui déterminèrent rapidement sa mort. A l'autopsie on a, en effet, trouvé un cancer du poumon. Mais cette lésion était secondaire ; le néoplasme primitif siégeait dans l'une des capsules surrénales et, pendant la vie de la malade, n'avait donné lieu à aucune manifestation.

Appareil de la génération

1° *Organes génitaux de l'homme*

Lagoutte. — *Sarcome du testicule; généralisation ganglionnaire sus-clavtculaire.* (Bourgogne méd., décembre 1895, p. 125).

Homme d'une trentaine d'années. Tumeur du testicule offrant quelques caractères de tumeur maligne, peu accusés au point que le diagnostic de tuberculose est discutable. Engorgement des ganglions sus-claviculaires seuls. Ablation de la tumeur, dont l'examen révèle la nature sarcomateuse.

Binaud et Chavannaz. — *Carcinome encéphaloïde chez un sujet de 59 ans atteint d'ectopie testiculaire (variété cruro-scrotale).* (Journ. méd. Bordeaux, 23 fév. 1896, p. 85).

Homme de 59 ans; le testicule gauche est demeuré dans le canal inguinal jusqu'à l'âge de 50 ans. Depuis cette époque il est descendu jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal et, il y a deux ans, il a commencé à augmenter de volume. Actuellement on note les caractères d'une tumeur suspecte, ce que confirme, après extirpation, l'examen histologique (carcinome encéphaloïde).

Trois points de cette observation méritent d'attirer particulièrement l'attention :

1° L'âge du sujet (59 ans). On sait, en effet, que dans les nombreuses observations semblables rapportées par Monod et Terrillon, un seul malade était âgé de plus de cinquante ans.

2° Pour ces mêmes auteurs, le cancer du testicule ectopique n'aurait été observé que dans l'inclusion inguinale; or, chez notre sujet, nous avons affaire à une tumeur d'un testicule en ectopie cruro-scrotale, variété déjà très rare par elle-même.

3° On doit remarquer que cette ectopie cruro-scrotale ne s'était établie que tardivement, vers l'âge de cinquante ans, succédant à l'ectopie inguinale qui avait existé jusqu'alors.

F. Villar. — *Hématocèle et sarcome de la tunique vaginale.* (Journ. Méd., Bordeaux, 22 déc. 1896, p. 594).

Homme de 48 ans, portant depuis 20 ans, dans la bourse droite, une petite tumeur, qui a beaucoup grossi en quelques mois. Une ponction donne issue à du sang. Deux mois plus tard, elle a repris le volume d'une grosse poire ; elle est molle dans son ensemble, mais dure à sa partie moyenne. Castration. La vaginale, très épaissie, est partagée en deux cavités, dont la supérieure est occupée par des caillots et l'inférieure par une substance gélatineuse et le testicule

qui est sain. L'examen histologique montre la présence d'éléments sarcomateux.

L. Braun. — *Altérations du sang dans les carcinomes ostéoplastiques de la prostate.* (Club Méd. Vienne et Semaine Méd., 29 janvier 1896, p. 488).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade chez lequel on avait constaté les symptômes d'une anémie pernicieuse progressive. L'examen du sang avait révélé de l'oligocytose et de la poïkilocytose; la proportion d'hémoglobine était assez forte; la leucocytose était à type mononucléaire. La nécropsie a fait découvrir un carcinome ostéoplastique de la prostate et des altérations graves des os.

2° Organes génitaux de la femme

Chrobak. — *Sarcome du clitoris.* (Soc. des sc. Méd. Vienne et Bulletin Méd., 18 décembre, p. 1161, 1895).

Femme de trente-cinq ans. Début de l'affection il y a dix ans. Pas de gêne, sauf depuis quelque temps, la tumeur ayant atteint le volume du poing. Ablation de la tumeur, qui offre les caractères du sarcome.

E. Monod. — *Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde.* (Ann. de policl. Bordeaux, janvier 1896, p. 220).

Femme de 51 ans atteinte, depuis cinq ans (ménopause) de démangeaisons très pénibles des organes génitaux. Il y a quatre années, ablation d'une ulcération de la grande lèvre gauche. Actuellement le vestibule du vagin, les petites lèvres, le clitoris et la face interne des grandes lèvres sont parsemées de plaques leucoplasiques et sur la grande lèvre, là ou a eu lieu l'ablation de l'ulcération, on en constate une nouvelle qui empiète sur la muqueuse vaginale et présente les caractères de l'épithélioma. L'analyse de l'urine donne 3 gr. 90 de glycose par litre. Extirpation de l'épithélioma qui, au microscope, a été reconnu comme un épithélioma pavimenteux lobulé.

En quelques mots d'historique Monod rappelle que Bex a réuni six observations de leucoplasie et cancroïde de la muqueuse vulvo-vaginale et que Jouin, Saint-Philippe et Perrin en ont rapporté chacun un exemple. Il montre l'analogie qui existe entre la leucoplasie buccale et la leucoplasie vulvo-vaginale et, après avoir insisté sur les liens qui unissent cette lésion aux cancroïdes, il conclut ainsi :

La leucoplasie vulvo-vaginale, beaucoup plus rarement observée que la leucoplasie buccale, doit être absolument rapprochée de cette dernière : ce sont deux affections de tous points similaires et de même nature.

Comme la leucoplasie buccale, la leucoplasie vulvo-vaginale offre une tendance marquée à subir la transformation épithéliomateuse. Elle est une des causes bien établies et dont l'influence pathogénique est vraisemblablement prépondérante du cancer primitif de la vulve ou du vagin, affection très rare par elle-même.

En présence d'une leucoplasie vulvo-vaginale, il est indiqué d'enlever préventivement les parties malades lorsque le nombre restreint des plaques blanches permet de le faire sans de trop grands délabrements. Dans le cas où les lésions sont confluentes, on devra exercer une surveillance attentive et intervenir au moindre indice suspect.

L'épithélioma de la vulve ou du vagin, une fois confirmé, devra, dans tous les cas, être opéré aussi hâtivement et aussi largement que possible ; mais il comporte un pronostic des plus graves, en raison des chances très grandes d'une récidive soit locale, soit ganglionnaire.

W. Rubeska. — *Un cas de sarcome du vagin chez l'adulte.* (Centralbl. f. gyn., 1er fév., et Semaine gynécol., 3 mars 1896, p. 38).

Femme de 35 ans, qui portait depuis trois années une tumeur du vagin dont elle ne se préoccupa pas. Dans les trois derniers mois seulement la tumeur s'est développée rapidement, s'est ulcérée et est devenue sanieuse. On a trouvé une tumeur cylindrique, à extrémité renflée, ulcérée, s'implantant sur la face antérieure du vagin prolabé. La tumeur avait 11 centimètres de longueur et était large de 5 à 6 centimètres. Le reste du vagin était normal.

L'ablation fut pratiquée en 1885 ; en décembre 1895, il n'y avait point trace de récidive.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Hubert Peters. — *Procédés opératoires pour l'ablation du cancer primitif du vagin.* (Centralbl. f. gyn., p. 177, et Semaine gynéc., 3 mars 1896, p. 39).

L'auteur passe en revue les méthodes de Winter, Olshausen, Schrœder, Duhrssen. Le procédé d'Olshausen paraît être le plus satisfaisant. Il enlève la tumeur par en bas et par dessous, ce

qui évite de toucher au cancer avec les doigts ou les instruments mieux que par toute autre opération.

Peters rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, qui, quatorze jours auparavant seulement, était venue consulter un médecin pour un écoulement leucorrhéique; elle n'accusait aucune douleur. L'examen montra un cancer siégeant au tiers supérieur de la face postérieure du vagin, des dimensions d'une pièce de cinq francs à peu près.

Entre le col utérin et l'ulcération vaginale existait encore une bande de tissu sain.

Cautérisation au thermocautère de l'ulcération cancéreuse, puis incision vaginale passant à deux ou trois centimètres au-dessous du bord ulcéré, par laquelle on détache la paroi vaginale et le cancer en décollant jusqu'à un ou deux centimètres au-dessus de la limite supérieure du cancer.

Le cul-de-sac de Douglas ne fut pas ouvert, mais on dut pénétrer dans le ligament large, ce qui donna une hémorrhagie assez abondante. Ligatures. Les doigts et les instruments ne touchèrent pas les parties cancéreuses. Les suites opératoires furent des plus simples, et, dix-sept jours après, la malade partit; il ne restait plus qu'une toute petite surface non encore cicatrisée.

L'opération date de sept mois déjà, il n'y a pas trace de récidive.

Demons. — *Épithélioma du corps utérin.* (Journ. Méd. Bordeaux, 16 fév. 1896, p. 73).

Femme de cinquante-neuf ans. Ménopause à cinquante-cinq ans. Quelque temps après apparaissent des pertes utérines peu abondantes. Aucune douleur, pas d'amaigrissement. On constate que le col, très haut, a une consistance normale; le corps est volumineux, mobile, très mou. Hystérométrie impossible. Après dilatation, examen sous le chloroforme qui permet de constater la présence de masses fongueuses et friables. Hystérectomie abdominale; suites excellentes. L'utérus mesurait dix centimètres, les parois avaient un centimètre et demi d'épaisseur. Il contenait des masses fongueuses dont l'examen histologique démontra la nature carcinomateuse.

Audebert avait déjà soigné cette femme. Pour éclairer son diagnostic, il avait eu recours au curettage explorateur. Les débris ramenés n'avaient offert à l'examen aucun des caractères du carcinome.

Binaud rappelle la facile transformation de la métrite glandulaire des vieilles femmes en cancer. Aussi faut-il toujours, chez elles, se défier de la présence d'une néoplasie maligne et, pour la déceler, pousser la dilatation du col jusqu'à l'extrême et faire un examen digital intra-utérin. Martin (de Berlin) conseille même, pour faciliter

cette exploration, la section bilatérale du col. On peut aussi faire un curettage très complet pour soumettre au microscope des fragments plus nombreux et plus volumineux.

Lefour avait diagnostiqué chez une femme de cinquante-deux ans, dont les règles avaient disparu depuis trois ans et qui présentait depuis quelque temps des pertes sanguines inodores, avec un utérus un peu gros, une endométrite fongueuse et pratiqué, après une large dilatation, le curettage. La muqueuse était saine, mais au fond de l'utérus existaient deux petits champignons gros comme une amande. Ils furent enlevés et l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'épithélioma lobulé.

Mackenrodt. — *Extirpation au galvano-cautère des cancers utérins et vaginaux.* (Centralb. f. gyn., févr., p. 126, et Semaine gynéc., 3 mars 1896, p. 38.

Avec un appareil de la forme d'un thermo-cautère ordinaire et donnant une chaleur considérable, constante, Mackenrodt opère ainsi : Il commence (après curage et cautérisation du champ opératoire), à détacher la moitié supérieure du vagin, puis l'utérus, au galvano-cautère. Il pince d'abord, étage par étage, le ligament large avec des pinces à mors plats, puis cautérise les tissus en dedans de la pince jusqu'à section des ligaments larges. Quelques minutes après, la pince est enlevée et on place à nouveau des pinces de Kœberlé ou des ligatures sur les points qui saignent. La partie supérieure des ligaments, d'abord prise dans les pinces, est liée puis cautérisée. L'utérus est ainsi enlevé en totalité. On peut fermer la cavité péritonéale par des crins de Florence, mais dans neuf cas sur dix, le péritoine est resté ouvert pour obtenir un large drainage. De la gaze iodoformée est placée entre les eschares du vagin.

Sur dix malades opérées, deux sont mortes, l'une de septicémie péritonéale au sixième jour, l'autre d'accidents cardiaques. Les huit cas opérés avec succès ne présentaient pas de récidive après une année.

P. Boudin. — *Epithélioma du col utérin chez une femme de 23 ans.* (Lyon Méd., 8 décembre 1895, p. 490.

Femme de 23 ans, présentant, depuis sept mois, des pertes sanieuses séro-sanguinolentes avec issue de débris rougeâtres et mollasses. A l'examen direct on constate, à la place du col de l'utérus, une grosse masse fongueuse ayant les caractères de l'épithélioma. Amputation sus-vaginale du col. Guérison opératoire sans incidents. L'examen histologique a prouvé qu'il s'agissait d'un épithélioma de la muqueuse du col.

L'intérêt de cette observation réside principalement dans l'existence d'un épithélioma chez une jeune femme. D'après les statisti-

ques connues, on en a recueilli un certain nombre d'observations, mais la grande majorité des cas cités a rapport à des femmes âgées de 28 à 30 ans ; on n'en a publié que quelques faits au-dessous de cet âge : aussi l'observation de Boudin méritait-elle à ce point de vue une mention particulière.

Girard. — *Trois utérus atteints de cancer épithélial.* (Dauphiné méd., janvier 1896, p. 17).

Le premier de ces utérus, recueilli à l'autopsie d'une femme de 36 ans, portait un épithélioma du col inopérable par suite de son extension au vagin, à la vessie, à l'uretère, etc. Le corps de la matrice avait ses dimensions normales et sa muqueuse était saine.

Dans le second cas concernant également un épithélioma du col, Girard a pratiqué l'hystérectomie vaginale, la muqueuse cervicale étant rouge et boursouflée. Le corps utérin et sa muqueuse étaient sains.

Le troisième fait a rapport à un épithélioma cylindrique généralisé à toute la muqueuse. Hystérectomie commencée par la voie vaginale et terminée par la laparotomie, le volume considérable de la tumeur et le peu de tendance de la matrice à descendre légitimant cette opération par voie double.

Dans les deux premiers faits il s'agissait d'un épithélioma du col sans envahissement du corps, ainsi que le mentionne Girard qui, d'ailleurs, rappelle que l'épithélioma pavimenteux du col a peu de tendance à gagner l'épithélium cylindrique intra-cervical et se propage surtout par les lymphatiques à travers le tissu cellulaire de l'espace hypogastrique. Malgré cette constatation, qui est de nature à dicter, en présence d'un néoplasme limité au col, une intervention partielle, Girard n'en conclut pas moins que l'hystérectomie totale doit être pratiquée dans la majorité des cas.

F. Jouon et E. Vignard. — *Sarcome diffus de la muqueuse utérine; hystérectomie abdominale totale; guérison datant de trois ans.* (Arch. provinc. de chir., 1er décembre 1895, p. 742).

Femme de 60 ans, nullipare. Métrorragies à plusieurs reprises assez abondantes et, depuis cinq ans, augmentation de volume du ventre, qui mesure actuellement 106 centimètres au niveau de l'ombilic. Troubles digestifs divers; amaigrissement. A la palpation on perçoit une tumeur mate, rénitente, fluctuante.

La laparotomie est pratiquée le 3 décembre 1892; elle met sous

les yeux une volumineuse tumeur constituée par l'utérus rempli d'un liquide noirâtre dont une ponction retire six à sept litres. Hystérectomie totale. Suites normales. Guérison maintenue depuis trois ans.

L'examen macroscopique montre que cette tumeur qui, vide, pèse encore trois kilogrammes, est bien formée par l'utérus, dont les parois limitent une cavité spacieuse, absolument fermée. Ces parois sont constituées par deux couches, l'une externe, musculaire, très hypertrophiée, et l'autre, interne, présentant de nombreuses bosselures blanchâtres, rappelant le tissu sarcomateux. A la partie inférieure de la tumeur se voit une dépression ombiliquée et obturée par ce tissu (ancien orifice utérin). L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse du tissu conjonctif de la muqueuse utérine.

H. Schultz. — *Traitement palliatif du cancer de l'utérus par les injections interstitielles d'alcool.* (Wien. Med. Presse, 12-19 janvier 1896.)

Depuis un certain temps, H. Schultz emploie comme traitement palliatif du cancer utérin soit les bains utérins d'alcool absolu, soit les injections interstitielles de ce liquide, combinées ou non avec le curettage.

Pour ces injections, il place la malade dans le décubitus latéral gauche, découvre le mal à l'aide d'un spéculum de Sims, puis, avec une seringue d'une contenance de 5 cent. cubes munie d'une longue aiguille, il pénètre dans le tissu malade; les injections sont faites successivement en divers points, mais il a soin de ne pas pénétrer trop profondément. Si l'alcool est injecté jusqu'au voisinage du péritoine il en résulte des douleurs assez vives qu'il faut calmer à l'aide d'injections de morphine. Mais si l'on a soin d'éviter le voisinage du péritoine les injections d'alcool absolu ne sont pas douloureuses. Il faut encore avoir soin de protéger la région urétrale contre l'écoulement d'alcool qui se fait à la suite des injections, cette région étant particulièrement sensible à l'action caustique du médicament.

L'alcool agit en entraînant au dehors les éléments cancéreux et aussi par son action locale nécrosante. A la place des tissus nécrosés on trouve des surfaces couvertes de granulations de bon aloi.

Schultz a employé ce traitement chez trente malades dont huit avaient un cancer du col et vingt-deux un cancer du corps. Les résultats obtenus ont été excellents dans douze cas et surtout quand il s'agissait de cancer du col. Le diagnostic a été vérifié chaque fois par l'examen microscopique.

D'une manière générale, l'alcool au bout de dix à quinze injections diminue l'écoulement ichoreux, la mauvaise odeur et les hémorragies; on voit disparaître la cachexie et l'état général s'améliorer d'une façon notable, si bien que la malade augmente de poids.

Edwards Pilliet et **Delaunay**. — *Cancer utérin chez une femme de 31 ans. Marche très rapide avec conservation de l'état général. Hystérectomie totale.* (Soc. anat. Paris, février 1896, p. 120).

Femme de 31 ans. Accouchement il y a 11 ans; depuis cette époque quelques douleurs dans le membre inférieur droit et depuis longtemps vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Ménorragies et écoulement roussâtre, d'odeur repoussante, entre les règles, datant de plusieurs mois. Bon état général; augmentation de trente livres dans la dernière année. Au toucher vaginal, col volumineux, dur, bosselé, d'où s'échappe un liquide à odeur caractéristique. Culs-de-sacs indemnes. Hystérectomie totale. La tumeur était un épithéliome à cellules cylindriques.

A. Mouchet. — *Aménorrhée jusqu'à 45 ans. Pseudo-menstruation à cet âge. Cancer utérin.* (Semaine gynéc., 18 fév. 1896, p. 5).

Femme de 45 ans, n'ayant jamais été réglée. Nullipare. Depuis une année perte de sang, plus abondante en certains moments et surtout dans les dernières semaines. Affaiblissement. Grosse tumeur cancéreuse englobant le col utérin, propagée aux culs-de-sac et nullement mobile. Extirpation avec l'anse galvanique de la plus grosse partie de la tumeur, dont la nature épithéliomateuse est confirmée par le microscope.

E. Monod. — *Amputation supra-vaginale du col dans un cas de cancer et grossesse consécutive.* (Archives cliniques de Bordeaux, N° 1, janvier 1896).

Monod rapporte l'observation d'une femme de 33 ans, atteinte d'épithélioma du col de l'utérus à forme nodulaire. Depuis deux ans, des ménorrhagies se sont produites avec expulsion de caillots; depuis trois mois, métrorrhagies dans l'intervalle des règles. Anémie profonde. Cachexie. Amaigrissement considérable. A l'examen physique, on constate que le col est augmenté de volume, que sa surface est très dure et bosselée. Annexes non malades.

Amputation du col le 13 décembre 1892 : abaissement de l'utérus, section avec de forts ciseaux des deux commissures, excision au bistouri de la lèvre antérieure suivant une incision oblique dépassant largement les limites du mal. Excision de la lèvre postérieure,mais après,section de

la muqueuse vaginale, l'induration néoplasique remontant plus haut. En réalité opération mixte caractérisée par la combinaison d'une amputation intravaginale en avant et d'une amputation supravaginale en arrière.

L'examen histologique a confirmé la nature épithéliale du néoplasme.

La guérison paraissait se confirmer plus d'un an et demi après l'opération quand cette malade fut prise de métrorragies qu'on crut devoir attribuer à la propagation de l'épithélioma au corps. Un crayon de chlorure de zinc fut introduit dans la cavité. Dans la nuit du second jour il se fit une seconde hémorragie et la malade expulsa, avec de nombreux caillots, un œuf entier de sept à huit semaines. Quinze jours après, la malade était complètement rétablie. Depuis, l'utérus a repris son volume normal et il n'y a pas de récidive locale.

Un premier fait se dégage de cette observation, c'est l'existence d'une grossesse chez une femme ayant subi, vingt-deux mois auparavant, une amputation du col pour un cancer de l'utérus.

Monod appelle en second lieu l'attention sur la difficulté du diagnostic dans des circonstances analogues.

L'avortement était certainement commencé quand le crayon a été appliqué; mais il n'en faut pas moins retenir qu'en présence du retour des pertes sanguines à la suite d'une opération partielle pour cancer utérin, on doit songer à la possibilité d'un avortement.

Relativement à la valeur des opérations partielles dans le traitement du cancer du col, ce fait de non récidive depuis dix-huit mois (Monod en possède un autre cas, dans lequel la guérison persiste depuis cinq ans), montre qu'on ne doit pas repousser systématiquement ces opérations partielles.

F. Page. — *Sarcome de l'ovaire chez un enfant.* (Lancet, 28 déc., p. 1622, 1895).

Fille de six ans, portant une grosse tumeur abdominale développée graduellement depuis quatre mois. L'abdomen ouvert, on a trouvé une tumeur solide pesant trois livres et trois quarts sans aucune adhérence. Guérison opératoire en 20 jours.

La tumeur, examinée, a été reconnue pour un fibro-sarcome. Ce fait mérite d'autant plus d'être rapporté qu'il semble être celui de la plus jeune fille opérée avec succès d'un sarcome de l'ovaire.

A. Smith. — *Tumeur solide (myo-sarcome) de l'ovaire.* (Dublin. J. of med. sc., janvier 1896).

Fille de 25 ans, atteinte d'une ascite considérable et accompagnée de douleurs. L'extraction du liquide par une ponction fait percevoir, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur peu volumineuse, dure et mobile.

L'ascite s'étant rapidement reproduite, on fait la laparotomie et l'on enlève la tumeur développée aux dépens de l'ovaire. 36 heures plus tard, signes d'hémorragie interne; réouverture du ventre et ligature d'un vaisseau; guérison opératoire. La tumeur était un myo-sarcome de l'ovaire.

E. Pestalozza. — ***Signification pathologique des éléments du chorion et du sarcome déciduo-cellulaire.*** (Ann. di obst. et Semaine gynéc. 25 février 1896, p. 32).

Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

L'affection est beaucoup plus fréquente que ne le laissaient supposer les premières publications;

Le point de départ du néoplasme est la sérotine, le plus souvent à la suite d'une môle vésiculaire (52,6 °/₀), quelquefois après un accouchement à terme (39,4 °/₀), plus rarement après un avortement (7,8 °/₀);

La fréquence de la môle vésiculaire dans l'étiologie explique pourquoi l'on a voulu chercher dans une altération de la villosité l'origine du mal;

Les altérations des couches de revêtement épithélial de la villosité, si apparentes dans la môle, peuvent se rencontrer encore dans les villosités des placentas à terme et dans les avortements;

La grande analogie qui existe entre quelques-uns des éléments caractéristiques du néoplasme et ceux des couches épithéliales des villosités altérées, semble donner raison à ceux qui font de ces couches le point de départ du néoplasme;

La participation de la caduque, lorsqu'elle existe, paraît être au second plan, en ce sens que l'évolution anormale des résidus placentaires produit dans l'utérus une active transformation déciduale de l'élément conjonctif de la muqueuse;

Le néoplasme serait alors une tumeur épithéliale. Il n'y a pas lieu toutefois de prononcer le nom de cancer, parce que l'on comprend sous cette dénomination un groupe de tumeurs qui évoluent d'une façon toute différente et bien établie dans les tissus où ils se développent;

La malignité du néoplasme semble plutôt en rapport avec l'usure des parois vasculaires qu'il détermine, en admettant même une spécificité intrinsèque de ses éléments.

3° Annexes de l'appareil de la génération

H. Labbé. — ***Epithélioma du sein. Récidive. Généralisation atteignant les racines médullaires. Paralysie douloureuse. Mort.*** (Soc. anat. Paris, nov. 1895, p. 676).

Femmme de 42 ans, ayant succombé à une généralisation d'un épithélioma du sein récidivé au bout de deux ans. L'autopsie a montré la pré-

sence de noyaux cancéreux dans la plupart des organes et en particulier sur l'origine des nerfs de la queue de cheval, au niveau des ganglions des racines postérieures. Cette localisation de la généralisation du cancer sur les racines médullaires inférieures est à signaler, car elle en est le premier exemple, que l'on ait publié, et dans le cas actuel il est probable que c'est à la lésion épithéliale des nerfs qu'il faut rapporter la paraplégie dont la malade était atteinte.

I. Tansini. — *Sur un procédé d'amputation du sein cancéreux, destiné à diminuer les chances de récidive post-opératoire.* (Riforma Med., 2 janvier, p. 3, 1896).

Les récidives post-opératoires du cancer mammaire ayant lieu le plus souvent dans les téguments, Tansini conseille, pour les prévenir, le mode opératoire suivant : après avoir, par une incision cutanée prolongée du côté de l'aisselle, circonscrit la totalité de la région mammaire et enlevé la glande et les ganglions axillaires et sous-claviculaires, on dissèque sur les téguments du dos un lambeau cutané assez étendu pour combler la perte de substance. Ce lambeau, dont le pédicule correspond à l'angle de l'incision axillaire, est fixé sur la plaie mammaire au moyen de sutures. La perte de substance dorsale est également suturée, après mobilisation de la peau, grâce à deux incisions linéaires de voisinage.

Généralités

R. Emmerich et **M. Zimmermann.** — *Quelques cas de cancer et de sarcome traités par le sérum anti cancéreux.* (Deutsh. Med. Woch., 24 octobre, p. 706, et Médecine moderne, 4 décembre 1895).

R. Emmerich et M. Zimmermann publient plusieurs observations de tumeurs malignes inopérables, dont la marche a pu être enrayée grâce aux injections de sérum. Dans certains cas il y eut même disparition complète de la tumeur et suppression des douleurs.

On faisait dans chaque tumeur 5 à 6 injections de sérum, à doses journellement croissantes (1/2, 2, 4, 6 et 10 cc.) jusqu'à apparition de la rougeur érysipélateuse, de la tuméfaction et d'un léger mouvement fébrile. On supprimait alors les injections pendant 4 à 8 jours, on renouvelait la série en cas de besoin. Même, s'il n'y a pas de diminution apparente de la tumeur, il faut continuer les injections.

Dans les tumeurs récentes et de petites dimensions, on a souvent constaté une diminution et même une résorption complète du néoplasme. Si le traitement par le sérum était prolongé pendant un temps assez long,

les sujets traités devenaient en quelque sorte immunisés et la réaction après les injections était alors assez faible. Dans ces cas, si les résultats curatifs sont faibles, il faut suspendre les injections pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois avant de recommencer le traitement. Dans des cas très graves, avec symptômes menaçants (troubles respiratoires, de déglutition par suite d'accroissement de la tumeur), les auteurs ont fait après des injections répétées de sérum des vaccinations avec des streptocoques érysipélateux virulents ; il n'y avait là aucun danger, l'érysipèle de vaccination ayant coïncidé avec les injections de sérum qui en atténuaient la marche ; par contre l'action curative du sérum était dans ces cas beaucoup plus considérable.

Les cas traités ainsi par les auteurs furent les suivants : 2 cancers inopérables du sein, un cancer inopérable de la langue, un sarcome à cellules étoilées de la cuisse et un sarcome à cellules atypiques de la joue. Parmi les malades atteints de cancer du sein il y en avait une dont les 2 glandes mammaires étaient envahies ; une d'elles fut enlevée, mais une récidive grave s'y développa très rapidement, tandis que la tumeur de l'autre sein traitée localement diminua d'environ un tiers puis resta stationnaire ; l'état général s'améliora, les douleurs disparurent.

Chez le malade atteint de cancer de la langue, avec métastases ganglionnaires, on avait fait à la fois les injections de sérum et les inoculations streptococciques ; on a ainsi provoqué un érysipèle qui évolua très bien et amena l'involution complète des paquets ganglionnaires.

Chez le quatrième malade il s'agissait d'un sarcome de la cuisse récidivant déjà après plusieurs opérations et la désarticulation fut proposée. Grâce au sérum, la tumeur diminua et le malade put conserver sa jambe.

Enfin chez le cinquième malade la tumeur diminua aussi considérablement. Ce qui est surtout important à noter c'est que le sérum érysipélateux qui contient des cocci agit beaucoup plus énergiquement que lorsqu'il en est débarrassé par la filtration. Les phénomènes réactionnels n'étaient pas, dans ces cas, menaçants et ces injections assurent à l'érysipèle provoqué une évolution non dangereuse.

Guermonprez. — *De la contagion professionnelle du cancer.* (Bulletin méd., 11 mars 1896, p. 251).

L'auteur en rapporte deux observations. La première a trait à un médecin atteint d'une ulcération cancéreuse. Cette ulcération se serait produite, après grattage, dans un point où existait une pustule d'acné, le médecin soignant et pansant en ce moment des femmes atteintes de cancer utérin.

Le second fait est personnel à Guermonprez. Il opérait un épithélioma de la face et avait l'index dans la bouche du malade, quand son ongle fut retourné par suite d'un mouvement de l'opéré. A la suite se développa sous l'ongle une verrue, un papillome qui résista 19 mois à toutes les cautérisations.

E. Camelot. — *Le cancer est-il de nature parasitaire?* (Journ. Sc. méd. Lille, 29 février 1896, p. 194-228).

Dans ce mémoire, Camelot a pour but de passer en revue les différents points de cette question. Il débute par l'étude et la discussion des travaux des microbiologistes, ce qui le conduit à cette conclusion que la théorie psorospermique des épithéliomes est loin d'être absolument démontrée.

Les recherches expérimentales, entreprises jusqu'à ce jour, ont-elles eu pour résultat d'apporter quelque solution démonstrative? Tel est le deuxième côté de la question envisagé par l'auteur. Il rappelle ce qui a été fait par les différents expérimentateurs dans leurs tentatives variées de transmission du cancer et il montre qu'en dehors des faits positifs d'inoculation du cancer au porteur (Hahn-Cornil. X.) et de quelques faits très rares de transmission entre animaux de même espèce (Alibert, Goujon, Wehr, Hanau, Morau), l'expérimentation n'a guère produit que des résultats négatifs.

Quant aux faits cliniques, Camelot les considère d'une façon générale et insiste sur la contagion qui, depuis le travail d'Arnaudet, a fait le sujet de nombreuses communications.

De l'ensemble de cette étude découlent les conclusions suivantes : Le cancer est inoculable au porteur. — Il est inoculable d'un animal à un autre animal de même espèce. — Il semble être contagieux dans des circonstances rares, il est vrai, mais réelles. Quant à affirmer qu'il est de nature parasitaire, on ne pourra le faire que lorsque le parasite aura été découvert, ce qui n'a pas eu lieu jusqu'à ce jour.

O. Hasse. — *Moyens destinés à éviter les récidives des tumeurs malignes après leur extirpation.* (Semaine Méd., 16 oct. 1895).

Pour empêcher la reproduction des tumeurs malignes après leur extirpation, Hasse recommande de s'abstenir de traumatiser par un examen brutal et répété la tumeur qui doit être opérée; il a, en effet, observé la fréquence des récidives chez les sujets qui avaient consulté auparavant plusieurs médecins.

Le malade doit être préparé à l'opération pendant plusieurs semaines, durant lesquelles on fera des injections d'eau alcoolisée (alcool 30 p.; eau dist. 60 p.) autour du néoplasme.

Elles sont faites, deux fois par semaine, tout autour de la tumeur ainsi que des ganglions infiltrés, lorsque ceux-ci existent. La quantité d'alcool injecté dans chaque séance varie suivant les dimensions du néoplasme, et atteint parfois jusqu'à vingt seringues de Pravaz. Ces injections ne présentent pas d'autres inconvénients que d'être douloureuses et de provoquer parfois un léger état d'ébriété.

Sous l'influence de ces injections, la tumeur diminue généralement de volume, devient moins douloureuse et s'entoure d'une zone protectrice de tissu scléreux qui empêche la migration des germes infectieux et partant la production des récidives post-opératoires. Il arrive même parfois que les injections d'alcool amènent la disparition complète du néoplasme et permettent ainsi d'éviter l'intervention radicale. Dans ces cas, les injections doivent être pratiquées encore pendant un certain temps après la guérison apparente, à des intervalles de plus en plus espacés.

Mais, le plus souvent, on est obligé d'opérer et alors on laissera la plaie ouverte, pour qu'elle se cicatrise par seconde intention. Elle devra être nettoyée et pansée avec la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine	20	grammes
Acide phénique pur liquéfié.	30	—
Glycérine.	250	—
Eau	750	—

Le pansement morphiné a pour effets immédiats de supprimer toute sensation douloureuse au niveau de la plaie. En outre de ses effets analgésiques, ce pansement exercerait encore, selon Hasse, une action destructive sur l'agent contagieux des tumeurs malignes, et cela, non-seulement du fait de l'acide phénique, mais aussi de la morphine qui, comme on sait, est un agent parasiticide.

Assoc. médic. New-York. — ***Pronostic et traitement des tumeurs malignes.*** (Bulletin Méd., 5 févr. 1896, p. 135).

Joseph D. Bryant pense que le pronostic serait avantageusement modifié si l'on enlevait de bonne heure toutes les tumeurs malignes et même, comme mesure prophylactique, toutes les tumeurs, sans se préoccuper de leur nature.

Les statistiques montrent que le cancer est en progrès continu aux Etats-Unis; la mortalité, qui était, en 1850, de 9 p. 100,000 habitants, était de 11,7 en 1860, de 16 en 1870, de 26 en 1880, de 33,5 en 1890. L'accroissement a porté sur toutes les régions du corps, mais principalement sur l'appareil digestif; il est surtout marqué après la quarante-cinquième année, ce qui n'est guère en faveur de la théorie de l'infection comme cause prédominante de la maladie. Le cancer frappe surtout les déshérités de la vie; à New-York il atteint les individus de race germanique plus souvent que les Italiens et les Irlandais.

Il importe, en vue de retarder les récidives ou l'issue fatale, d'enlever avec la tumeur les tissus adjacents qui peuvent être infectés, et pour cela l'instrument tranchant vaut infiniment mieux que les caustiques. Le traitement par les toxines est, dans certains cas, un utile auxiliaire de l'opération; mais il ne saurait la remplacer.

Pour JOHN W. GOULEY l'extirpation précoce et complète des tumeurs modifie heureusement le pronostic. Les tumeurs malignes sont plus fréquentes que les bénignes, sans doute parce que ces dernières, n'ayant pas été opérées à leur début, ont eu le temps de devenir malignes. Une tumeur bénigne est, en effet, une tumeur maligne en puissance : la plupart des carcinomes ou des sarcomes du sein ne proviennent-ils pas d'adénomes. diffus ou circonscrits?

La vieille maxime qu'une tumeur ne doit pas être opérée tant qu'elle reste stationnaire ou ne cause aucune gêne, est dangereuse pour les patients et tout aussi peu fondée que la croyance à l'action stimulante de l'intervention chirurgicale sur la marche ultérieure des tumeurs malignes.

Certains sarcomes à petites cellules rondes, aussi bien que les mélano-sarcomes multiples, se propagent avec une telle rapidité qu'ils deviennent bientôt inopérables. Il n'en est pas moins vrai que l'extirpation rapide des carcinomes et des sarcomes modifie très souvent en bien le pronostic; elle retarde les récidives et en met parfois à l'abri pour un temps indéfini.

Dans le cas d'une tumeur maligne ou même simplement suspecte, on doit exciser aussi les ganglions voisins, en empiétant sur les tissus sains et tâchant d'obtenir une cicatrisation rapide. Si malgré tout la tumeur récidive, on en fait l'ablation aussi tôt que possible, aussi souvent qu'il est nécessaire.

Les applications de pâtes arsenicales et autres escharrotiques sont plus nuisibles qu'utiles : le mal ne tarde pas à s'étaler ou à gagner les organes internes. Le traitement général par les reconstituants est indispensable après l'excision des tumeurs malignes. Aucun des prétendus spécifiques n'a jamais rendu le moindre service.

La métastase, dit EDWARD K. DUNHAM, est la caractéristique des tumeurs malignes. La tendance des tumeurs malignes à la métastase tient à leur structure cellulaire, dans laquelle il n'entre que peu ou pas de substance intercellulaire. La métastase n'est qu'un phénomène de transport, de transplantation de cellules. Dans l'autoinoculation, la période d'incubation de la tumeur seconde ne paraît en relation ni avec l'âge ni avec la durée du néoplasme primitif. Les cellules qui le constituent ont d'autant plus de chances d'être entraînées par le courant sanguin que sa structure est plus lâche, que la substance intracellulaire y est moins abondante. Mais, aussitôt qu'il y a tumeur, il peut y avoir métastase; c'est le meilleur argument qu'on puisse donner en faveur d'une prompte intervention.

Une extirpation incomplète pourrait, d'après CHARLES PHELPS, accroître l'activité d'une tumeur de mauvaise nature, mais il ne saurait en être de même pour l'opération radicale. On admet que toutes les tumeurs peuvent dégénérer, et, comme personne n'a la prétention de fixer le moment précis où une tumeur bénigne devient

maligne, la conclusion s'impose : toutes les tumeurs accessibles, à moins de contre-indications formelles, doivent être enlevées sans hésitation, sans souci de leurs caractères histologiques.

Parker Syms est partisan de l'extirpation en masse, non seulement de la tumeur, mais d'une zone de tissu sain autour de cette tumeur, en y comprenant le système lymphatique voisin. Il faut éviter le shock opératoire et obtenir une cicatrisation rapide. Pour cela rien ne vaut une dissection chirurgicale aseptique et complète. Les caustiques agissent au hasard, peuvent favoriser l'infection des tissus sains par les éléments morbides et laissent des cicatrices désagréables.

Frederick H. Wiggin, en ce qui concerne le cancer du sein, pense que la chirurgie récente a obtenu des résultats meilleurs qu'autrefois parce que l'opération est plus radicale, faite plus proprement et plus tôt. Les relevés de Bull et Dennis montrent que 25 à 26 °/₀ des opérées sont restées trois ans sans présenter de récidive. Welch a constaté que les lymphatiques des muscles pectoraux renfermaient parfois des cellules cancéreuses, alors même que le tissu musculaire ne paraissait pas atteint de carcinome. Halsted, Curtis et Meyer ont enlevé les muscles grand et petit pectoral en même temps que la glande mammaire et ses lymphatiques, sans qu'il en soit résulté ni une grande difformité, ni des troubles fonctionnels graves.

Frederic Dennis attribue les bons résultats obtenus dans ces dernières années, non pas à l'action des médicaments qui sont probablement tous impuissants dans le cancer, mais au caractère radical des interventions. L'expérience montre que si la récidive ne survient pas dans les trois années qui suivent l'opération, elle a peu de chances d'apparaître plus tard : on l'observe alors à peine deux fois sur cent cas. Après un délai de trois ans, la guérison est donc permanente ou peu s'en faut. Mais jusque-là il importe au plus haut degré de tenir les malades en observation constante pour opérer immédiatement en cas de récidive. Chez une malade M. Dennis a enlevé successivement plus de cent nodules cancéreux et depuis la dernière opération il s'est écoulé un temps assez long pour permettre d'espérer qu'il n'y a pas de rechute nouvelle.

W. B. Coley donne l'analyse de cent cas de tumeurs malignes qu'il a traitées depuis quatre ans à l'hôpital des cancéreux de New-York; le plus souvent il a eu recours à un mélange des toxines de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus*. Le diagnostic a presque toujours été confirmé par l'examen microscopique et la plupart des cas avaient été déclarés inopérables.

Sur les 100 cas il y avait 66 sarcomes, 28 carcinomes, 4 sarcomes ou carcinomes, enfin 2 tumeurs tuberculeuses prises au début pour

des sarcomes. Trois des six malades atteints de sarcome mélanique ont été légèrement améliorés; aucun n'a été guéri. Le résultat n'a pas été meilleur dans l'ostéo-sarcome. Dans plus de la moitié des sarcomes ordinaires il y a eu amélioration marquée et la vie a été certainement prolongée. Les résultats du traitement dans le carcinome ont été fort encourageants. Dans les cas les plus heureux les tumeurs cancéreuses ont disparu complètement et n'ont plus reparu, bien que le traitement ait été cessé depuis sept mois à trois ans. Plusieurs malades avaient été opérés antérieurement et présentaient des récidives au moment de leur entrée à l'hopital.

Six des malades traités par les toxines pour des sarcomes sont présentés : ils paraissent en parfaite santé et ne portent plus aucune trace de tumeur; pour quelques-uns la guérison remonte à trois ans et plus.

Montagnon. — *Mineurs et Cancer.* (Loire Médic., 15 février 1896, p. 27).

Sur un relevé de 60 cas de cancers, confirmés par l'autopsie ou par l'intervention chirurgicale, Montagnon a constaté que 13 appartenaient à des ouvriers mineurs, ce qui donne au pourcentage une proportion de 21 °/₀ ; tous ces cancers avaient pour siège l'estomac. En ce qui concerne l'origine de la lésion, Montagnon fait remarquer que ces malades étaient des buveurs de vin et non d'eau, et que, par conséquent, on ne peut supposer que l'eau, dans ce cas, ait été le véhicule du cancer.

Cette note prouve, d'une part, que les mineurs ne possèdent pas l'immunité pour le cancer, et, d'autre part, qu'on n'est pas en droit de considérer comme un fait acquis la transmission du néoplasme par l'eau. Les faits, cités par Montagnon, viennent donc à l'encontre des conclusions émises sur cette question, par Law Webb. *(Voir Rev. des maladies cancéreuses, T. Ier, 2me Fasc., p. 129).*

Legueu et A. Marien. — *Note sur un cas d'épithélioma hétéradénique de la région rétro-anale.* (Soc. Anat., Paris, nov. 1895, p. 661).

Homme de 45 ans, portant, dans le pli interfessier, une tumeur ulcérée datant de deux ans et ayant les caractères suivants : En arrière de l'anus, vaste ulcération ayant envahi le pli interfessier en totalité, à surface rouge saignante, à bords surélevés et limités par une induration ferme, qui se perd dans les parties profondes. Au toucher rectal, en arrière du rectum, à un centimètre au-dessous du sphincter, tumeur dure, régulière et semblant faire corps avec la paroi

rectale. Ganglions inguinaux intacts. On porte, à St-Louis, le diagnostic de tuberculose cutanée.

Par une incision on circonscrit l'ulcération et on enlève une tumeur, encapsulée, quoique confondue avec la paroi rectale ainsi que deux prolongements, qui plongeaient dans les fosses ischio-rectales. Dans le fond de la plaie le sacrum et le coccyx sont dénudés; le sphincter a été intéressé en arrière. Cicatrisation lente; incontinence momentanée des matières fécales; guérison. Des coupes faites à la surface et dans la profondeur de la tumeur indiquent qu'il s'agissait d'un épithélioma présentant les trois types (pavimenteux, lobulé et tubulé) de l'épithélioma de la peau.

Schwalbe. — *Lymphosarcome du médiastin.* (Médecine Mod., 22 janvier 1896, p. 53).

Homme de 59 ans : cachexie et amaigrissement considérables; pouls plus petit du côté gauche que du côté droit. Respiration accélérée. Sensibilité diminuée dans le territoire du nerf cubital. Veines du thorax dilatées et serpentantes. Voussure thoracique à gauche. Espaces intercostaux peu prononcés. La moitié gauche du thorax est un peu en retrait pendant l'inspiration. Matité thoracique de tout ce côté gauche. Bruit respiratoire plus ou moins affaibli. La matité cardiaque ne peut bien être définie qu'à droite et elle paraît empiéter un peu de ce côté. La pointe du cœur bat à un centimètre en dedans de la ligne mammillaire. Bruits du cœur normaux, faibles. Enrouement, par suite d'une paralysie du récurrent constatée au laryngoscope.

Douleurs névralgiques dans le bras gauche; pas de dysphagie, ni d'inégalité des pupilles; pas d'expectoration. Épanchement pleurétique, dont la ponction put retirer deux litres d'un liquide sanguinolent renfermant des globules rouges et blancs et des cellules endothéliales. La matité persista après la ponction dans la moitié supérieure du thorax en avant et en arrière, il n'y eut pas d'amélioration. Mort.

A l'autopsie on trouva au-dessous du manche du sternum un amas de ganglions tuméfiés adhérents au péricarde. Dans la cavité pleurale gauche 3/4 de litre d'un liquide séro-sanguinolent. Le poumon gauche est adhérent dans sa partie supérieure avec la paroi thoracique. La plèvre costale et pariétale est épaissie. Du hile jusqu'au sommet du poumon s'étend une tumeur composée de ganglions pénétrant un peu dans le poumon au niveau du hile. Les vaisseaux pulmonaires gauches et la bronche adhèrent à la tumeur. L'œsophage est indemne. Dans les fosses sus et sous-claviculaires on trouve une tumeur du volume du poing d'un enfant, adhérente à la colonne vertébrale, composée de ganglions tuméfiés. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome lymphoganglionnaire à cellules fusiformes et arrondies.

E. Blanc. — *Récidive de tumeur pelvienne. Occlusion intestinale par une bride fibreuse. De la nécessité de l'éviscération complète.* (Loire Méd., 15 décembre 1895, p. 303).

Jeune fille opérée, un an auparavant, d'une tumeur de l'ovaire et présentant actuellement des symptômes d'occlusion intestinale. Par le toucher vaginal et le toucher rectal on reconnaît la présence d'une tumeur immobile lisse, arrondie et très dure dans le cul-de-sac de Douglas. Elle comprimait le rectum, qui était absolument aplati. Ablation de cette tumeur par la voie abdominale et hystérectomie complémentaire, le fond de l'utérus portant un noyau sarcomateux. Continuation des accidents de l'étranglement et mort trente-six heures plus tard. L'autopsie a montré sous le côlon transverse une bride fibreuse, qui étreignait complètement une anse d'intestin grêle. Cette cause d'obstruction coïncidait donc avec la compression, déterminée par la tumeur sur le rectum, qui, seule, avait été regardée comme l'origine des accidents. Quant à la tumeur, elle était de nature sarcomateuse.

O. Pasteau. — *Sarcome musculaire primitif de la cuisse.* (Soc. Anat. Paris, nov. 1895, p. 672).

Jeune homme de 18 ans, portant, depuis deux mois, une tumeur de la cuisse, ferme, régulière, rénitente et occupant la face antéro-externe du membre. Cette tumeur est immobilisée par la contraction du quadriceps. Désarticulation. La tumeur était développée dans l'épaisseur du muscle vaste externe et séparée par un plan continu de fibres musculaires de la lame aponévrotique voisine. Il s'agissait d'un sarcome musculaire primitif (globo-cellulaire), présentant dans son centre une dégénérescence hémato-kystique.

Girard. — *Volumineuse tumeur mixte de la cuisse.* (Dauphiné méd., janvier 1896, p. 15).

Femme de 38 ans, portant depuis plus de dix années une tumeur de la cuisse, dont le volume s'est beaucoup accru dans les derniers six mois. Cette tumeur fait corps avec le droit antérieur; quelques douleurs spontanées. Sur la même malade on note, de plus, un molluscum pendulum, de quinze centimètres de longueur, un xanthelasma à la paupière gauche, un large nœvus pigmenté sur le pied droit et environ 200 petits molluscums fibreux sur les autres parties du corps.

Ablation du molluscum pendulum et de la grosse tumeur qui est formée de deux parties, l'une manifestement sarcomateuse et l'autre fibro-lipomateuse.

Verhoogen. — *Myxosarcome de la fesse.* (Ann. Soc. belge chir., 15 décembre 1895, p. 267).

Homme de 51 ans. Tumeur de la fesse droite datant de une année, actuellement au niveau de la région anale, tumeur hémisphérique, dure, indolore, se prolongeant dans la fosse ischio-rectale. Ablation : La tumeur détachée du rectum a envahi la prostate et remonte jusqu'à la face postérieure de la symphyse pubienne. La prostate est enlevée avec le canal de l'urètre, dont la portion membraneuse est suturée à la vessie. Cette suture n'a pas tenu. La tumeur est un myxo-sarcome.

L. Bérard. — *Deux cas d'épithéliome sébacé primitif.* (Rev. de chir., N° 8, août 1895, p. 664).

Le premier de ces faits concerne un sujet déjà opéré en 1890 pour des tumeurs du cuir chevelu, dites épithéliomes des glandes sébacées. Depuis cette époque d'autres tumeurs semblables se sont développées sur le crâne, sur la face et sur le thorax. On procède à l'ablation des plus grosses de ces tumeurs; l'ensemble des parties enlevées représente 520 grammes.

La deuxième observation est celle d'une femme de 54 ans, dont la région occipitale est recouverte d'une masse néoplasique ulcérée, sans ganglion; extirpation de cette masse; six mois plus tard il n'y a pas de récidive. Tumeur de même nature que dans le cas précédent.

Dumontpallier. — *Remarques et observations sur le traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse.* (Bull. Acad. méd., 10 mars 1896, p. 236).

Dumontpallier a employé ce traitement chez trois malades dont l'observation peut être ainsi résumée : dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 68 ans, dont la denture incomplète et défectueuse avait nécessité l'aurification des incisives inférieures, avec lesquelles seules le malade mâchait ses aliments. Or, derrière ces incisives survint un gonflement dur, peu douloureux et ressemblant à un épithéliome. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Traitement par le chlorate de potasse intus (4 gr. par jour) et extra (4 applications par jour), suppression de tout aliment irritant. Port d'un dentier. En huit jours, diminution de la tumeur; en trois mois, disparition complète. Pas de récidive depuis deux années.

Le second fait concerne un homme de 52 ans, opéré, douze jours auparavant, d'un épithéliome probable du bord droit de la langue. Un mois plus tard pas de cicatrisation et bourgeonnement suspect présentant l'aspect d'un papillome de la grosseur d'un haricot. Pas d'adénopathie. Traitement par le chlorate de potasse; cicatrisation en trois mois; pas de récidive depuis onze mois.

La troisième observation a rapport à une ulcération du bord gauche de la langue, contre laquelle le traitement spécifique avait été inefficace. Cette ulcération, non douloureuse, avait l'aspect d'un cancroïde ; toutefois le malade était un tuberculeux pulmonaire avéré. Même traitement que dans les cas précédents et cicatrisation presque complète au bout de trois mois.

Une seule conclusion se dégage de ces faits, dans lesquels la nature des ulcérations n'a pas été établie, c'est l'action, depuis fort longtemps prouvée, du chlorate de potasse sur les phénomènes inflammatoires qui coïncident avec certaines ulcérations de la muqueuse buccale.

Thèses et Brochures

H. Rousseau. — *De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux.* (Thèse N° 17, Paris, 1895).

En quelques mots d'historique, l'auteur rappelle que l'étude de cette question ne date que de quelques années. Virchow est le premier qui a indiqué cette adénopathie. Henoch, Oppolzer, Jaccoud, Friedreick, Leube et Mazand s'en occupent à différents points de vue, puis, à partir de 1886, la question est reprise par Troisier, Belin, Poncet, Lesnès, etc.

L'adénopathie sus-claviculaire, qui apparaît dans le cours d'un cancer viscéral, se montre de préférence à gauche ; en effet, sur 27 observations, l'auteur l'a relevée 29 fois de ce côté. Elle peut être isolée ou coïncider avec d'autres adénopathies ; son apparition est ordinairement tardive et son développement assez rapide. Lorsqu'elle survient de bonne heure, elle peut être d'une grande utilité pour le diagnostic.

Cette adénite, au point de vue clinique, se recommande par sa mobilité, son indolence, sa consistance ligneuse et par l'agglomération, en masse unique, des ganglions qui la composent. Toutefois il est juste d'ajouter que ces caractères ne sont pas aussi tranchés dans le début et qu'alors le diagnostic différentiel en est parfois difficile et leur valeur symptomatique plus incertaine. En ce qui concerne la pathogénie de cette lésion à distance du néoplasme primitif, on admet qu'elle se produit par une propagation de proche en proche ou par la formation d'une embolie cancéreuse.

W. Cazenave. — *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale.* (Thèse de Paris, n° 514, 1895).

En s'appuyant sur les travaux des années passées et sur l'étude d'une

quarantaine d'observations, Cazenave consacre la plus grande partie de sa thèse à l'anatomie et à l'histologie pathologiques de ces tumeurs papillaires, véritables néoformations épithéliales.

Les unes sont constituées par un épithélium cylindrique le plus souvent cilié ; les autres par un épithélium stratifié, polymorphe, métatypique, qui offre parfois tous les caractères du tissu carcinomateux.

On en distingue trois variétés :

L'adénome papillaire simple ;

L'adénome papillaire atypique ;

L'adéno-carcinome papillaire.

Bien que les deux premières variétés puissent être considérées comme tumeurs bénignes, il n'en faut pas moins faire quelques réserves sur leur pronostic par suite des graves complications qu'elles peuvent engendrer. Aussi, pour cette raison, certains auteurs font-ils rentrer cette classe de tumeurs dans le groupe des tumeurs malignes.

Il en résulte, au point de vue opératoire, que l'intervention devra être faite le plus tôt possible. Elle devra, d'ailleurs, être pratiquée à toutes les périodes de l'évolution de ces tumeurs, et si l'ablation est irréalisable, on s'en tiendra à la laparotomie exploratrice, parfois suivie d'amélioration prolongée.

Labadie. — *Du cancer de la prostate.* (Thèse de Lyon, 1895).

Si l'on s'en rapporte aux seuls faits publiés, le cancer de la prostate n'est pas une affection fréquente. A part deux observations recueillies sur deux sujets de 33 et 35 ans, les autres faits, que l'auteur a réunis, se rapportent à des enfants (11 cas) et à des hommes ayant dépassé la cinquantaine.

Toutes les variétés de cancer peuvent être observées, le sarcome étant beaucoup plus fréquent chez l'enfant. Lorsqu'il s'agit d'un carcinome, l'engorgement ganglionnaire inguino-crural est de règle ; dans trois cas on a noté des adénites sus-claviculaires. A l'autopsie on trouve presque toujours l'envahissement des ganglions pelviens.

La symptomatologie de l'affection ne diffère guère, au début, de celle de l'hypertrophie prostatique, les hématuries qui, d'ailleurs, sont rares et les mictions fréquentes, ne peuvent guère servir au diagnostic. Ce dernier se déduira principalement de la dureté et du volume de la prostate, de l'adénopathie inguinale et des douleurs qui s'irradient dans les membres.

Maladie à marche progressive, le cancer évolue plus rapidement chez l'enfant (en moyenne 8 mois) que chez le vieillard et se termine fatalement, le plus souvent par une complication frappant les voies urinaires. D'après les résultats qu'elle a donnés, la prostatectomie est une opération à abandonner. Il est mieux de s'en tenir à la cystostomie sus-pubienne qui permet l'écoulement de l'urine et lutte favorablement contre les accidents infectieux.

P. Trassagnac, — *Des épithéliomas de la face, propagés aux os.* (Thèse de Lyon, 1895).

Dans ce travail l'auteur s'est proposé de rechercher si la propagation du mal au squelette sous-jacent était une contre-indication à l'intervention et quelle importance on devait lui accorder dans l'indication opératoire.

La propagation de l'épithélioma des parties molles de la face aux os sous-jacents peut se faire de deux façons; tantôt il y a propagation directe de la lésion primitive; tantôt il survient une récidive ou une généralisation ganglionnaire, qui envahit secondairement le squelette voisin. Dans certains cas, ainsi que l'a bien fait ressortir Pollosson, le néoplasme suit la gaine des vaisseaux, qui traversent les orifices creusés dans les parois du squelette et se propage ainsi au périoste et à l'os.

Trassagnac établit qu'en général la propagation du cancer aux os ne doit pas être considérée comme une contre-indication à l'opération. Elle n'indique pas une plus grande malignité du néoplasme; elle ne nécessite qu'une résection plus ou moins étendue. L'intervention décidée, l'ablation doit être pratiquée très largement et intéresser parties molles et tissu osseux au-delà des portions atteintes. C'est à cette condition que les chances de récidive seront moins probables.

Cependant l'auteur estime que certaines contre-indications s'opposent au traitement chirurgical. Il cite en premier lieu l'âge avancé, puis la dégénérescence étendue et diffuse des parties molles et l'envahissement des ganglions du voisinage.

En dehors de ces cas, ces épithéliomas propagés ne doivent pas être respectés; ils sont justiciables de l'opération qui peut être, pendant un certain nombre d'années, suivie de succès, ainsi que le prouvent les faits rapportés dans cette thèse.

M. Wassermann. — *Epithélioma primitif de l'urèthre.* (Thèse, Paris, 1895, n° 430).

Ce travail est basé sur une quarantaine d'observations, dont la plupart sont empruntées à la littérature allemande. En voici les conclusions :

L'épithélioma primitif de l'urèthre, aussi fréquent chez l'homme que chez la femme, est une affection assez rare. Cette tumeur se trouve aussi bien dans la portion pénienne que dans la portion périnéale du canal.

Au point de vue histologique, il s'agit presque toujours d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Les rétrécissements blennorrhagiques et les traumatismes (chute, accouchements) favorisent son développement.

Chez l'homme, l'épithélioma de l'urèthre est presque toujours compliqué de fistules urinaires.

Le diagnostic précoce de la tumeur est aujourd'hui possible, grâce à l'endoscopie uréthrale. Son pronostic est grave.

La résection de l'urètbre peut donner de bons résultats au début de la maladie.

L'amputation de la verge ou même l'émasculation totale est au contraire indiquée si la néoplasie a atteint un certain développement.

Chez la femme, l'envahissement de plus de la moitié du canal rend la réussite de l'opération douteuse.

Comme traitement palliatif on doit essayer la cystostomie sus-pubienne ou encore, chez la femme, l'établissement d'une fistule vésico-vaginale.

Ch. Carrel. — *Considérations sur le pronostic opératoire et la guérison des sarcomes du fémur.* (Thèse, Paris, n° 502, 1895).

Dans cette étude, qui repose sur l'examen de 65 observations, l'auteur a cherché à résoudre les questions suivantes :

La nature histologique de la tumeur sarcomateuse joue-t-elle un rôle aussi important que celui qu'on lui a assigné au point de vue de l'intervention elle-même ?

L'évolution, les symptômes principaux peuvent-ils éclairer ce pronostic opératoire ou l'avenir du malade ?

A quel genre d'opération faut-il donner la préférence ?

Carrel admet que l'on peut, dans une certaine mesure, pronostiquer la rapidité d'évolution du néoplasme, par le diagnostic histologique, dont on ne tiendra pas compte au point de vue de l'intervention chirurgicale. L'amputation devra être préférée à la désarticulation, à moins de contre-indication spéciale. Quant à la guérison définitive, elle paraît excessivement rare.

A. Stamatiadès. — *Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles.* (Thèse, Paris, 1895, n° 380).

Travail consacré à défendre cette opinion, que toute tumeur maligne (épithélioma, sarcome, carcinome), limitée à la cavité des fosses nasales, peut et doit être enlevée par les orifices naturels. Les grandes opérations, mettant à découvert la tumeur, doivent être réservées pour les néoplasmes, qui ont émis de larges prolongements dans les cavités accessoires. Pour l'auteur, il est d'autant plus inutile de recourir à ces interventions en présence de tumeurs limitées, que le plus souvent ces tumeurs sont pédiculées et que, leur ablation faite par morcellement s'il est nécessaire, il est aisé de cautériser le point d'insertion de ce pédicule, ce qui diminue les chances de récidive.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1896.

Appareil de la locomotion.

Brice. Sur les épithéliomas perforants de la voute crânienne. (Thèse de Lyon, 1895). — Chavannaz. Sarcome du maxillaire sup. (Journ. Méd. Bordeaux, 2 fév., p. 52). — Clark (H.-E.). Amputation de l'omoplate pour sarcome. (Glasgow Med. Journ. janv., p. 1). — Coyon. Sarcome médullaire du col du fémur. (Soc. anat. Paris, fév., p. 157). — Gallozzi. Encondro sarcoma periosteo delle ossa del pede. (Clin. chir. d. uni. d. Napoli, janv. 17). Sarcoma melanotico del pede sinistro. (Clin. Chir. d. Univ. d. Napoli, 24 janv.). Résection du maxillaire inf. pour sarcome. (Rif. Med., 3 janv.). Houzel (G). Ostéo-sarcome de l'épaule ; amputation. (Arch. prov. chir., 1er janv., p. 13. — Hermet. Ostéomyélite prolongée du fémur et épithélioma secondaire de l'os. (Soc. anat. Paris, fév., p. 146). — Robbe et Wodon. Analyse d'un fragment de tumeur provenant du maxillaire inférieur. (Presse Méd. belge, Brux., fév., 9). — Rugh. Cas de sarcome compliquant une affection de la hanche. (Amer. Journ. Med. Sc., juillet 1895, p. 68). — Stewart. Sarcome de l'extrémité inf. du fémur. (Med. a Surg. Reporter, 28 déc. 1895, p. 795). — Sourdille. Epithélioma développé au niveau des cellules ethmoïdales. (Soc. anat. Paris, mars). — Trassagnac (P.). Des épithéliomas de la face propagés aux os. (Thèse de Lyon, 1895).

Appareil de l'innervation

Auclair. Névrogliome. (Soc. anat. Paris, janv., p. 25. — Auvray. Les tumeurs cérébrales. (Thèse de Paris). — Besold. Deux cas de tumeur cérébrale chez deux sœurs. (D. Zeitsch f. Newenbr. 30 déc. 1895, p. 49. — Broca et Maubrac. Traitement chirurg. des tumeurs cérébrales. (Arch. g. d. méd., fév.). — Embden. Tumeurs cérébrales (sarcomes) secondaires. (Bulletin méd., 26 janv., p. 94. — Garceau. (F.). C. du Cervelet métastatique. (Boston med. a surg. journ., 28 nov. 1895, p. 543). — Graham. Sarcome de la moelle. (Assoc. méd. Canadienne, 27-30 août 1895. — Lorrain. Endothéliome de l'arachnoïde. (Soc. anat. Paris, nov.-déc. 1895, p. 696). — Meessen. Trois cas de tumeurs cérébrales. (Presse méd. belge, 19 janv., p. 17). — Rolotinski. Sarcomatose multiple du système nerveux central. (D. mediz. Zeit., 23 déc. 1895., p. 1180. — Stearns. Endothéliome de la pie-mère. (New-York med. rec., 3 août 1895, p. 169). — Stroebe. Pathogénie et structure des gliomes encéphaliques. (Beit. z. path. anat. XVIII, p. 405, 1895). — Vermorel et Marie. Sarcome névroglique du lobe frontal. (Soc. anat. Paris, fév.).

Appareil des sens spéciaux

Achenbach. Ein fall von orbitalem melano-sarcom, angehend von episcleralen geweke hunter dem Bulbus (Arch. f. path. anat. CXLIII, 2). — Beauman. Sarcome de l'orbite chez un enfant. (Lancet, 21 sept. 1895). — Collins. Four Cases of bilateral glioma of the retina. (Brit. M. J. Lond., n° 1817). — D'Aguanno. Papillome de la face int. de l'épine nasale. (Arch. ital. di otol., janv., p. 99). — Eliot. Traitement de l'épithélioma de l'aile du nez. (Ann. of. Surgery, déc. 1895, p. 695). — Griffilh. Choroïdal sarcoma in infancy. (Ophth. Rev., XIV, 167). — Hughes (Kent). Papillome de la cornée. (Austr. Med. J., 20 nov. 1895, p. 484). — Keyser. Enchondrome du cartilage de la paupière sup. (J. of the amer. Med. Assoc., 9 nov. 1895). — Krejuska. C. primitif du conduit auditif externe. (Ann. mal. or., déc. 1895, p. 547). — Mitvalsky. Tumeurs de la choroïde. (Arch. of. opht., oct. 1895, p. 450). — Mursin. Epithélioma du nez. (Soc dermat. de Moscou, 28 janv.). — Philippon. Epithélioma primitif de la conjonctive (Ann. d'ocul., janv. 1872) — Roose. Deux cas d'extirpation d'épithéliomas anciens de l'angle int. de l'œil. (Ann. de l'Inst. Saint Antoine. Courtrai, n° 1) — deux cas de glio-sarcome de la rétine. (Ibid.) — Prokopenko. Néoplasmes au niveau de l'insertion du nerf optique. (Vestnik oftalm., juillet 1895). — Scheibe. Tumeurs de l'oreille. (Arch. of. otol., juillet 1895). — Story. Tumeurs malignes de l'oreille. (Ann. mal. oreilles, déc. 1895). — Weed (C.-R.) Cas de C. épithélial du nez persistant depuis trois mois (?). — Wintersteiner. Altérations cornéennes dans le neuro-épithéliome de la rétine. (Ber XXIV. Vas der opht. Ges, 6 août 1895) — Wright. Papillome vrai de la cloison du nez. (New-York M. Journ., 14 déc. 1895).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique du tube digestif.

Adler (I). The diag. of. Malignant tumors of. the lungs. (New-York M. J., 15 févr., 204-9). — Bilhaut. C. de l'œsophage, gastrotomie. (Ann. d'orthop., déc. 1895, p. 353). — Bronner. Myxome hémorragique de la tonsille linguale. (J. of. laryng., janvier, p. 31). — Depage. Epithélioma du pharynx, extirpation. (Ann. Soc. belge chir., oct. 1895, p. 195). — De l'ablation de la langue C... par la voie sous-hyoïdienne. (Ibid. déc. 1895, p. 310). — Dwd. Epithélioma buccal. (New-York M. Record, 23 nov. 1895, p. 744). — Dumontpallier. Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. (Bull. Acad. méd., 10 mars, p. 236). — Fergusson. Epithélioma de l'œsophage. (New-York M. Record, 3 août 1895, p. 166). — Heinlein. C... de la langue (Münch. med. Wock., 21 janv., p. 65). — Hodenpyl. Rétrécissement C... de l'œsophage. (New-York M. Record, 2 août 1895, p. 168). — Kummer. C... de la langue.

(Rev. méd. Suisse rom., 20 janv., p. 44) — Lauwer. Rétrécissement C... de l'œsophage. (Ann. Inst. St-Ant. Brux. I). — Mintz. Fonction de l'estomac dans le C... œsophagien. (Wien. Kli. Woch., 16 janv., p. 37). — M. Weeney. Fibromyxome encapsulé de la langue (Ann. mal. oreilles, déc. 1895, p. 526). — Park (Roswell). Epithélioma des lèvres. (Med News, 11 janv., p. 41). — Pitt (Newton). Epithélioma d'une poche pharingo-œsophagienne. (Lancet, 25 janv., p. 233). — Ray. C... colloïde de l'œsophage. (Brit. med. J., 28 déc. 1895, p. 1616). — Roussel. Epithélioma de la langue. (Loire méd., 15 fév, p. 41). — Shepherd. Le C.. de la lèvre. (Union méd. du Canada, 25e année, N° 1, p. 51). — Stewart. Affection maligne de l'œsophage. (J. of. laryng., janv., p. 35). — White et Harris. C.. du plancher buccal et du maxillaire inf. (Lancet, 25 janv., p. 234).

2° *Partie sous-diaphragmatique du tube digestif*

Alex. C... de l'estomac. (Lyon Med., 2 février, p. 162). — Ausset. C... gastrique. (Bulletin méd. du Nord, 10 janvier, p. 25). — Besnoit. Sarcome primitif de l'estomac chez un chien. (Rev. méd. vét., 15 janv., p. 65). — Bishop. Deux cas de C.. du rectum. (Lancet. 5 oct. 1895, p. 849). — Brechoteau. Le phlegmon péri ombilical dans le C .. de l'estomac. (Thèse de Paris, fév.). — Chaput. Tumeur de l'estomac traitée par la gastro-entérostomie (Soc. méd. des Hôp., 31 janv). — Forbes (G.) C... du pylore. (Edimb. Méd. J., janv., p. 65). — Frenoy. Des faux C... de l'estomac. (Thèse de Paris). — Heidenhain. Progrès du traitement chir. du C... du rectum. (Forts. der. Med., 15 janv., p. 52). — Heinlein. Néoplasme du cœcum. (Münck, M. Woch., 14 janvier, p. 41). — Horesco. C... de l'estomac. (Soc. anat., Paris, mars). — Jaboulay. Le traitement du C... du rectum. (Prov. Med., 4 janv., p. 2). — Kelynach. Développement du C... dans le cas d'ulcère simple de l'estomac. (Brit. M. Journ., 18 janv., p. 142). — Klenim. Du C... de l'estomac. (New-York, M. Rec., 28 déc. 1895, p. 919). — Lilienthal. C... du rectum : Kraske. (Ibid., 21 déc. 1895, p. 885. — Micheleau. Epithélioma du cœcum. (Gaz. hôp, Toulouse, 25 janv., p. 26). — Néoplasme in the stomoch. (The Med. herald, janv. 54). — Oliver (J.) Trois cas de C... du tube gastro-int. pendant la grossesse. (Lancet, 19 oct. 1895, p. 978). — Powers. C... du rectum; Kraske. (J. am. M. Assoc , 9 nov. 1895, p. 809). — Pye-Smith. C. . du côlon. (Lancet, 25 janv., p. 233). — Quénu. C... de l'estomac. (Soc. chir. Par., janv. 22). — Ruepp. C... intestinal. (Diss. inaug.. Zurich, 1895). — Smith (Greig). Tumeur de l'intestin; résection. (Lancet, 4 janv , p. 31). — Vilcoq et Lancry. C .. de l'estomac ; perforation de la paroi ant...; phlegmon. (Gaz. hebd. Méd., 9 fév., p. 137). — Wesener. Réactif spécial pour le C... de l'estomac. (Med. à Month. Journ., déc. 1895, p. 531).

3. *Annexes de l'appareil de la digestion.*

Beadles. Lithiase biliaire et affections malignes du foie. (Brit. M. J., 9 nov. 1895, p. 1164). — Ceci. Adeno-sarcoma della parotide. (Rif. med.,

Napoli, XII, 356). — Dock. C. primitif de la vésicule biliaire. (Univ. M. Magaz., nov. 1895, p. 90). — Duret et Augier. Volumineuse tumeur mixte de la région amygdalienne. (J. Sc. m. Lille, 6 mars, p. 236). — Ippa. Néoplasme du pancréas. (Boln. Gaseta Botkina, n° 32). — Kelly. Deux cas de C. du pancréas. (Univ. M. Magaz., nov., p. 98). — Porte. C. secondaire du foie. (Dauphiné Méd., déc. 1895, p. 291). — Renon. C. secondaire du foie. (J. Méd. Bordeaux, 31 nov. 1895, p. 557). — Roget. C. du foie. (Loire Méd., 15 fév., p. 40). — Thorel. Cirrhose C. du foie. (Beitz. z. path. anat., XVIII, p. 498, 1895).

Appareil de la circulation

Schwalbe. Lymphosarcome du médiastin. (Médecine Mod., 22 janvier, p. 53). — Wild. C. secondaire du cœur. (Brit. M. J., 28 déc. 1895, p. 1616). — C. du myocarde. (Lancet, 4 janv., p. 34).

Appareil de la respiration

Barrière (de la). Du lymphadénome des fosses nasales. (Thèse de Bordeaux, 1895). — Béale (Cl.) C... ou tuberculose du poumon. (J. of. laryng., janv.. p. 36). — Bonnet (W. H.). Adéno-sarcome (2) de la thyroïde. (Médecine mod., 25 déc. 1895, p. 795). — Blumenan. Sarcome primitif de la plèvre. (D. Med. Woch., 23 janv., p. 57). — Brindel. Myxome des fosses nasales implanté sur la cicatrice d'un lymphadénome. (J. M. Bordeaux, 12 janv., p. 19). — Epithélioma lobulé pavimenteux des fosses nasales. (Ibid., p. 20). — Brindel et Liaras. Récidive de C... de goitre dans un ganglion cervical. (Ibid., p. 19). — Bureau. Tumeur du hile du poumon. (Soc. anat. Par., janvier). — Cardarelli. Sarcome primitif de la plèvre. (Giorn. intern. di sc. med., 15 janv., p. 1). — Chapuis. Epithélioma secondaire du larynx (Province méd., 18 janv., p. 31). — Chiari. Squirrhe du corps thyroïde. (Prog. méd., Woch., 19 déc. 1895, p. 579). — Flatau. C... de la muqueuse pituitaire. (Berl. kl. Woch., 14 oct. 1895, p. 900). — Gluck. Extirpation du larynx pour tumeurs malignes. (Médecine mod., 22 janv., p. 54). — Gorges. Papillome du larynx. (Ibid., 16 déc. 1895, p. 1102). — Hodenpyl. Néoplasmes multiples du poumon, du médiastin, etc. (New-York. M. Rec., 27 fév., p. 168). — Kanthack. Hypertrophie papillomateuse diffuse de la muqueuse du larynx. (J. of. laryng., janv., p. 32). — Lienaux. Epithélioma cylindrique primitif du poumon chez un chien. (Rev. méd. vét., 15 janv., p. 64). — Loomis. C... primitif du poumon. (New-York M. Rec., 3 août 1895, p. 166). — Navratil. Traitement opératoire des papillomes multiples du larynx. (Ann. mal. oreilles, déc. 1895, p. 536). — Neuman. Traitement des papillomes du larynx. (Ibid., p. 537). — Pilliet et Témoin. Tumeur du corps thyroïde. (Soc. anat., janv.). — Spicer. Tumeur variqueuse suspecte de la corde

vocale gauche. (J. of. laryng., janv., p. 35). — VAUSANT. Traitement méd. du C. laryngé. (Ann. mal. oreilles, déc. 1895, p. 591). — VILLY. An uncommon form. of tumour of the thyroid body. (J. of. path. a bact., janvier). — WINKLER. Deux cas de papillome laryngé chez des enfants de deux ans et demi. (W. med. presse, déc. 1895, c. 19, 37-82.

Appareil de la sécrétion urinaire

ARCOLÉO. Su di un adenoma tubulare della vessica. (Riv. sicula di Med. e chir., III, 2). -- BARETTE. Tumeur maligne du rein gauche chez un enfant de 26 mois. (Année méd. Caen, 15 janv., p. 4). — CLADO. Traité des tumeurs de la vessie. (Paris). — EURICH (F). Report on a tumour of the suprarenal medalla. (J. of. Path. a loct., janv.). — FRICKE. Angio-sarcome du rein. (Br. med. Journ., 28 déc. 1895, p. 1616. — LOUMEAU. Tumeur de la vessie ; taille transversale. (J. M. Bordeaux, 5 janv., p. 4). — LUCCIARDI. De l'intervention chirurg. dans les tumeurs de la vessie. (Thèse de Bordeaux, 1895). — M[c] WEENEY. Tumeurs rénales provenant de débris suprarénaux. (Brit. M. J., fév. 8). — PORTE. C. du rein : sarcome de la dure-mère. (Dauphiné Méd , déc. 1895, p. 293). — POUSSON. Néoplasme de la vessie. (J. M. Bordeaux, 5 janv., p. 3).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

BINAUD et CHAVANNAZ. C... encéphaloïde chez un sujet atteint d'ectopie testiculaire. (J. M. Bordeaux, 23 fév., p. 84). — BRAUN (E). Altérations du sang dans les C... ostéoplastiques de la prostate. (Semaine Méd., 29 janv., p. 48). — CRAWFORD. Epithélioma du pénis. (Brit. M. J., 11 janv., p. 114). — GUÉPIN. C... de la prostate. (Presse Méd., 15 janv., p. 30). — LABADIE. Du C... de la prostate. (Thèse de Lyon, 1895). — LAGOUTTE. Sarcome du testicule avec généralisation aux ganglions sus-claviculaires. (Bourgogne Méd., déc. 1895, p. 125). — MORGAN. Malignant tumour of the Spermatic cord. (Path. Soc. of London, 3 mars). — SNOW (Herbert). Deux cas d'épithélioma du pénis. (Brit. Med. J., 28 déc. 1895, p. 1612). — VILLAR. Hématocèle et sarcome de la tunique vaginale. (J. M. Bordeaux, 22 déc. 1895, p. 594). — Epithélioma du testicule. (Ibid., 29 déc. 1895, p. 603).

2° Organes génitaux de la femme.

AUBRY. Du sarcome diffus de la muqueuse utérine. (Thèse de Paris). — APFELSTEDT et ASCHOFF. Tumeurs malignes des villosités choriales. (Arch. f. Gyn., V., 3, p. 511). — BEKMAN. Un cas de sarcome d'utérus gra-

vide. (J. Akous. i. jens. bol. I, 88). - Binaud (W.). C. primitif volumineux de l'ovaire droit chez une jeune fille de 17 ans. (Gaz. hebd. Bordeaux, janv.). — Boudin. (P). Epithélioma du col utérin chez une femme de 23 ans. (Lyon Méd., 8 déc. 1895, p. 490). — Darcy Power. Sarcome primitif du vagin chez un enfant. (Lancet, 19 oct. 1895, p. 984. — (?) Déciduome malin. (J. of the am. M. assoc., 11 janv., p. 87). — Demons. Epithélioma du corps utérin. (J. M. Bordeaux, 16 fév., p. 73). — Dubar. Sarcome fibroplastique de l'ovaire droit. (Bull. Méd. du Nord, janv., p. 96). — Edwards Pilliet et Delaunay. C. utérin chez une femme de 31 ans. (Soc. anat., Paris, fév., p. 120). — Elischer. C. de la portion vaginale, fibromes utérins et kyste ovarique. (Pest. Med. Chir. Presse, 26 janv., col. 81). — Fedulow. Hystérectomie totale dans un cas d'utérus gravide C. (Shurnal a Kuscherstra Shenskich bolesnej. Mars IV). — Fehling. Extirpation de l'utérus. C. gravide. (Monat. f. Geb.. nov. 1895). — Friedl. Extirpation du c. vaginal. (Wien. Kl. Woch., 16 janv., p. 39). — Gallozzi. Epithélioma de la petite lèvre. (Rif. Med., 3 janv., p. 22). — Gebhard. Adénome malin des glandes du col. (Zeits. f. Geb. XXXIII, 3, p. 443). — Girard. Trois utérus atteints de C... épithélial. (Dauphiné Méd., janv., p. 17) — Griffith (S. A.) Diagnostic précoce du C... de l'utérus. (Brit. M. J. et Semaine gynéc., 31 mars, p. 70). — Gross. Sarcome intra-utérin, hystérectomie totale. (Gaz. hôp. de Toulouse, 21 déc. 1895, p. 401). — Jacobs. Cure radicale du C ... utérin. (Centralb. f. gyn., 14 déc. 1895, p. 1336). — Jegorov. Cas de sarcome globocellulaire du vagin. (Shurn alhasch. shems. holesw, mars-mai 1895, 5). — Jouon (A) et Vignard (E). Sarcome diffus de la muqueuse utérine. (Arch. prov. chir., 1er déc. 1895, p. 742). — Kleinhans. Métastases rares de C... dans l'appareil génital féminin. (Prag. M. Woch., 2 janv., p. 9). — Krutsenberg. Du fibrome carcinomatode de l'ovaire. (Arch. f. gyn. T. L. f. 2, 287). — Lucet. Cas de C... du col utérin chez la vache comme cause de dystocie. (Rev. méd. vét., 15 déc. 1895, p. 728). — Mackenrodt. Extirpation des C... utérins et vaginaux. (Centr. f. gyn. et Semaine gynéc., p. 38. — Mallet. C... du corps de l'utérus. (New-York med. j. 14 déc. 1895, p. 764). Mangiagalli. The results of. hysterect. for C... (C. f. gyn. feb. I). — Marocco. Sullo cura palliativa del C... uterino. (Soc. Lanc. d. osp. d. Roma, 15/2). — Monod (E.) Leucoplasie vulvo-vaginale et C... (Ann. de policl. Bordeaux, janv., p. 220). — Mouchet (A.). Aménorrhée jusqu'à 45 ans. C... utérin à cet âge. (Semaine gynéc., 18 fév., p. 5.) — Münz. Sarcome primitif du vagin. (Anal. in Centralb. f. Med. Wiss. 28 déc. 1895, p. 923.) — Noble (G.-H.). 166 cas de C... de l'utérus gravide. (J. of. the amer. Med. Assoc., 30 nov. 1895, p. 995). — Nodden. Combinaison du C... avec le myome de l'utérus. (Diss. inaug. Bonn, 1895.) — Page. Sarcome de l'ovaire chez un enfant. (Lancet, 28 déc. 1895, p. 1622.) — Péan. Diag. et trait. des tumeurs de l'abdomen et du bassin. (Ann. gynéc. et obst., XLV, 83.) — Peters (Hubert). Procédés

opératoires pour l'ablation du C... primitif du vagin. (Centr. f. gynéc. et Semaine gynéc., p. 39.) — PILLIET. Salpingite et C... de l'utérus. (Soc. anat. Par., nov. 1895, p. 749). — POMBO (L.). Epithélioma de la vulve. (Rev. de Med. y. Cir. proct., 25 déc. 1895, p. 697) — RUBESKA (W.). Sarcome du vagin chez l'adulte. (Centr. f. gyn., fév., et Semaine gynéc., 3 mars, p. 38). — SCHMITH (A.). Myxo-sarcome de l'ovaire. (Dublin J. of. Med. sc, janv.) — SCHULTZ (H.). Traitement palliatif du C... utérin par les injections d'alcool. (Wien. M. Presse, 12-19 janv. p. 51.) — SCHWAB. Déciduome malin. (Presse méd., 25 déc. 1895, p. 509.) — SMYLY. Epithélioma du col utérin. (Dublin J. of. Med. sc., janv.) — THORNTON (Knowsley). Diagnostic précoce du C .. de l'utérus. (Brit. med. J., 1er août, et Semaine gynéc., 31 mars, p. 70). — WATKEN. Fibro-sarcome de la paroi vaginale (Med. News, 11 janv., p. 54.) — WATHERS. Kystome de l'ovaire. (Ibid, p. 53.) — WILLIAMS (W.) Déciduome malin. (John Hopk. Roy. Rep., IV, 9, 1895.)

3° Annexes de l'appareil de la génération

BELL (J.) A propos du C... du sein, des organes génitaux externes et de la peau. (La clin. montr. janv. N. C. 223-27). — CARR (W. P.) Nature et traitement des néoplasmes mammaires. Med. News, 11 janv., p. 29). — DAVIES. Traitement chirurgical des affections malignes du sein. (Lancet, 11 janv., p. 132). — GALLOZZI. Epithélioma de la mamelle opéré. (Rif. med. 3 janv., p. 23). — JENNINGS (C. E.) C... du sein. (Lancet, 11 janv., p. 96). — LABBÉ (M). Epithélioma du sein ; récidive. (Soc. anat. P.., nov., p. 676). — LANE. Traitement d'une affection maligne étendue du sein. (Lancet, 12 octobre 1895, page 904). — MENEAU. Un cas de maladie de Paget. (J. M. Bordeaux, 22 déc. 1895). — MEYER (J.). Du C. mammaire. (New-York M. J., fév. 15, 214). — MOORE (W.). C. du sein chez l'homme. (Austral. Med. Journ., 20 nov. 1895, p. 496). — MORRIS (Malcolm). C. en cuirasse. (Brit. J. of dermat., déc. 1895, p. 393). — SANDERSON (R.). Traitement chirurgical de l'affection maligne du sein. (Lancet, 31 déc. 1895, p. 1572). — SNOW (H.). Insidious marrow infection of mammury C. (Path. soc. of Lond., mars 3). — TANSINI. Nouveau procédé d'amputation de la mamelle pour C. (Rif. Med., 2 janv., p. 3). — TOREK. C. du sein. (New-York M. Rec., 9 nov. 1895, p. 672).

Généralités

ADAMI. Origine cellulaire du C... (Union méd. du Canada, 25 : am. T. I, p. 50). — ALESSANDRO. Traitement du C... inopérable par le bleu de méthylène. (Médecine contemp., fév.). — ANTONA (D). Sarcoma del dorso. (Rif. Med. Nap., XII, 426). — ASSOC. M. NEW-YORK. Pronostic et traitement des tumeurs malignes. (Bulletin méd., p. 135). — AUCLAIR. Lymphadénome du médiastin. (Soc. anat., Par., mars 6.) — BARLERIN. Traitement du C... par la sérumthérapie. (Indépend. Méd., 5 janv., 29-33). — BENJAMIN. Cas de sarcome hématode. (Rev. Méd.

vét., 30 déc. 1895, p. 586). — Bennecke. Beitrag zur kenntniss der Central. épithel. kiefergeselwalste. (Dett. Zeit. f. chir. Leys, 42 B, L-5, 425). — Blanc (E.). Récidive de tumeur pelvienne. (Loire Méd., 15 déc. 1895, p. 303). — Busse. Kyste dermoïde devenu C... (Wien. Klin. Runds., 2 janv., p. 11). — Cadiot. Traitement des tumeurs malignes par la sérothérapie. (Rev. méd. vét., 30 nov. 1895, p. 529). — Camelot. Le C... est-il de nature parasitaire. (J. Sc. M. Lille, fév., p. 194-228). — Ceci. Estirpazione di un estesa C... della guancia. (Rif. Med. Nap., XII, 355). — Charters (Symond). Kystes C... de la poitrine. (Soc. path. de Londres, 4 fév.). — Claveria. Deux jumelles C... (Rev. de Medic. y Circ., 5 janv., p. 16). — Corselli et Frisco. De l'étiologie des tumeurs malignes. (Rif. Med., 13 déc. 1895, p. 755). — Coyne. Tumeur calcifiée de la peau. (J. M. Bordeaux, 22 déc. 1895, p. 595). — Dunham. Epithélioma à la suite de greffe cutanée. (New-York M. Rec., 5 août 1895, p. 170). — Felix (J.). De l'étiologie des affections C... et de leur traitement. (Soc. d'édit. sc. Paris). — Ferrand. Tumeur énorme de la face interne de la cuisse. (Rev. de chir. Paris, 10 janv., p. 85). — Fox. Cas d'épithélioma. (J. of. cut. dis., janv., p. 31). — Freire (Domingos). Microbiologie du C... (Rev. méd. chir. du Brésil, 30 nov. 1895, p. 401). — Galvagni. Sarcoma del mediastino. (Rif. Med. Nap., XII, p. 391). — Giallouly (de). Traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées. (Thèse de Paris, 1895). — Girard. Tumeur mixte de la cuisse. (Dauphiné Méd., janv., p. 15). — Glucksmann. De la bactériothérapie des néoplasmes malins. (Munch. M. Woch., 4 fév.). — Gukrmonprez. Hétéro-inoculation professionnelle du C. (Ac. de Méd. de Paris, 10 mars), Hansemann. Des endothéliomes. (D. Med. Woch., 23 janv., p. 52). — Hassler. Tumeur intra-péritonéale sus-ombilicale. (Province Médic., 25 janv., p. 44). — Hawthorne. Tumeur maligne du médiastin. (The Glasg. Med. J., fév., XLV, 96). — Jacobson (N.). Traitement des tumeurs malignes. (Med. Soc. of state New-York, janv. 28). — Jarisch. Cas de colloïdome ulcéreux. Pester Med. Chir. Presse, 29 déc. 1895, col. 1250. — Kaposi. Mycosis fongoïde et sarcomatose de la peau. (Méd. mod. Paris, 14 mars, 172). — Kock (F.) Traitement des néoplasmes malins par la toxine de l'érysipèle, fév. 13). — Krefting. Sarcomatose cutanée multiple. (Ann. dermat., déc. 1895, p. 1098). — Kummer et Ducellier. Inoculation d'un C... du coude à la lèvre inf. (Rev. méd. Suisse rom., XIV, p. 621). — Le Dentu. Toxithérapie et sérothérapie des tumeurs malignes. (Gaz. des hôpit., 8 fév., p. 159). — Legueu et Marien. Epithélioma hétéradénique de la région rétro-anale. (Soc. anat. Paris, nov. 1895, p. 661). — Longuet et Landel. Sarcome à myeloplaxes de la gaine des péroniers latéraux. (Arch. m. expér., 1er nov. 1895, p. 753). Lustig. La cachessia nei malatti di C. (La Settimana med., Firenze, fév. 22, 97). — Mac Graw. Etat de nos connaissances sur les C. (Bost. Med. a Surg. J., 19 déc. 1895, p. 628). — Mackenzie (S.). Deux cas de lymphadénome. (Lancet, 4 janv., p. 23). — Manderli. Sur la production du sarcome

chez les enfants. (Diss. inaug. Bâle, 1895). — MARIE. Les greffes C. (Indépend. Méd. Paris, mars 11, p. 81). — Parasitisme dans le C. (Ibid., 15 juin, p. 17). — Recherches sur la question du C. (Thèse de Paris, 1895). — MARTIN (C.F.). Théorie parasitaire du C. (Union méd. du Canada, 25e année, T. 1., p. 51). — MONTAGNON. Mineurs et C... (Loire Méd., 15 fév., p. 27). — MOSETIG. Coloration des néoplasmes malins par les couleurs d'aniline. (Centr. f. d. ges. ther., janv., p. 1). — NACÉIARONE. La tossiterapia e la sieroterapia nei tumori maligni. (Rif. Med. Nap., XII, 505-6) — NUNN (W). C... chronique de la poitrine. (Soc. clin. de Lond., fév. 14). — OPENSHAW. Tumeurs sarcomateuses. (Brit. M. J., 21 déc. 1895, p. 1561). — PASTEAU. Sarcome musculaire primitif de la cuisse. (Soc. anat. Paris, nov. 1859, p. 672). — PODWYSSOTZKY. Il progressa nello studio dei parassiti del C... (Riv. critica). — PRETTYMAN. Etiologie du C... (New-York. M. Rec., 9 nov. 1896). — QUÉNU. Opération pour sarcomes du triceps et du fémur. (Soc chir. Paris, 19 fév.). — De la nature des sarcomes. (Semaine méd., 25 déc. 1895, p. 546.) — QUÉNU et LONGUET. Du C... secondaire de l'ombilic. (Rev. chir. Paris, 10 fév., p. 97-129). — REGAUD. Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne. (Arch. méd. expér., janvier, p. 58). — ROBSON. Altération sarcomateuse d'un myome. (Med. Presse, 22 janvier, p. 80.) — ROBINSON. Traitement précoce du C... cutané. (New-York M. Rec., 14 sept. 1895, p. 387). — ROCHE. Sarcome de la région plantaire. (Thèse de Bordeaux, 1895). — ROSNER. Contagiosité du C. (Centralb. f. chir., 18 janv., p. 65. — SANFELICE. Etiologie des tumeurs malignes. (Monats. f prakt. Derm., 15 déc. 1895, p. 655). — SCHWALBE. Tumeurs de la cavité thoracique. (Soc. d. méd. int. Berl., janv. 13). — SMITH. C... chez le mari et la femme. (New-York M. Rec., 14 sept. 1895, p. 383. — SPENCER (W. G.) Du lymphadénome et de ses rapports avec les autres néoplasmes. (Brit. M. J., 18 janv., p. 133). — STEVEN LINDSAY. Tumeur du médiastin. (The Glasg. Med. J., fév. n° 2, XLV, 101-8). — STRAVINO (A). Néoplasmes épithéliaux de la peau. (Giorn. int. d. Sc med., 15 janv., p. 13. — TARGETT. C.. kystique de la poitrine. (Soc. path. d. Lond., fév. 4). — TRAPEZNIKOFF. Sarcomes hémorragiques multiples. (Vratch., 3, 85). — VERGE (Ch.). Des causes et de la curabilité du C. (Union méd. du Canada, 25e année, I, 1-12). — VERHOOGEN. Myxo-sarcome de la fesse. (Ann Soc. belge chir., 15 déc. 1895, p. 267). — WOLDO (R.). Kystes papillomateux. (New-York M. J., 14 déc. 1895, p. 764). — WARBASSE. L'origine des tumeurs. (Ann. of surg., janv., p. 75). — WILLIAMS (R.). Pathogénie du C. (Lancet, 21 déc. 1895, p. 1582). — WOINOWITCH. Loi de Rommelaere pour le diagnostic des tumeurs malignes de l'abdomen. (Bolnits. Gaseta Botkina, nos 29-32).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ÉTIOLOGIE DES AFFECTIONS CANCÉREUSES [1]

par M. le Dr Jules FÉLIX

Chirurgien de l'hospice Sainte-Gertrude de Bruxelles

(Suite et fin)

On cherche aujourd'hui, avec une ardeur souvent passionnée, *l'élément figuré*, le micro-organisme (bactérie, bacille microbe, coccidie, etc.) caractéristique des maladies infectieuses et contagieuses, et si l'on ne parvient pas à le découvrir, on constate que la maladie n'étant point microbienne, ne peut être contagieuse ni infectieuse ! Erreur profonde !... Car n'y a-t-il que les maladies microbiennes qui puissent être contagieuses et infectieuses ?

Les poisons sécrétés par les animaux, le venin des vipères, des serpents, des insectes, y compris la salive de l'homme à jeûn, les sucs des plantes vénéneuses, les alcaloïdes végétaux et animaux, les ptomaïnes, les albumino-toxines, toutes ces sécrétions normales ou pathologiques de cellules épithéliales des diverses glandes, ne sont-elles pas les produits de réactions chimiques spéciales d'organes et d'organismes vivants ? La salive humaine n'est-elle pas dans certaines conditions de sécrétion, quand l'homme est à jeun depuis assez longtemps, aussi toxique que celle des serpents ?

(1) Dr Jules Félix : De l'étiologie des affections cancéreuses et de leur traitement (Broc. Soc. d'éditions scientifiques, Paris 1896).

Les troubles fonctionnels ne rendent-ils pas les produits des sécrétions anormaux pathogènes, toxiques? L'inflammation des tissus, leur irritation continue ne donnent-elles pas lieu à des produits septiques et morbigènes, qui, résorbés dans l'économie, l'infectent ou l'empoisonnent de diverses façons ?

Voilà pourquoi la longue observation des faits et leur constance m'autorisent à admettre que la cause du cancer réside dans l'irritation et l'inflammation chronique des cellules épithéliales ; que cette affection n'est pas héréditaire, et qu'elle est contagieuse comme la tuberculose ; mais que, si elle est moins fréquente, c'est parce que le cancer trouve un terrain de prédilection chez les débilités et les lymphatiques de l'âge mûr, comme la phtisie trouve son terrain de prédilection chez les débilités de l'enfance et *surtout* de la jeunesse, c'est-à-dire de vingt à trente ans.

Il ne peut en être autrement pour le cancer, puisque c'est dans l'âge mûr que se manifeste surtout la *diathèse urique*, et que la diathèse urique prédispose spécialement à l'irritation, au traumatisme et à l'inflammation cellulaire. Des travaux récents de laboratoire ont démontré que le cancer avait pu être inoculé à des animaux, et surtout à des souris. Plusieurs observateurs Anglais, Belges, Français et Américains ont cité des cas de contagion cancéreuse par la cohabitation avec des cancéreux, et même en habitant des maisons où avaient vécu des cancéreux. D'autres chirurgiens ont nié ces faits ; mais, à mon avis, cela ne prouve rien contre la contagiosité du cancer. On niait encore la contagion de la tuberculose bien longtemps après que l'illustre Docteur Villemin en avait démontré l'inoculation par cohabitation. Pour établir qu'une maladie est contagieuse et infectieuse, il n'est pas nécessaire que son inoculabilité se produise dans les laboratoires d'une manière constante : il suffit qu'on ait pu constater quelques faits bien observés de transmission de la maladie par contact, infection ou cohabitation, d'individus sains avec des individus malades ; et pour le cancer, ces faits, quoique peu nombreux, existent depuis longtemps déjà,

et depuis quelques années les praticiens nous en apportent de nouvelles observations, surtout par la transmissibilité du cancer entre sujets d'une même famille ou même espèce animale.

Pour ma part, j'ai rencontré quatre fois dans ma carrière médicale le fait suivant : Des maris sont venus se plaindre d'inflammation et d'excoriation du méat urinaire et du gland, après les relations sexuelles ; j'ai interdit toutes relations avec leurs femmes chez qui j'ai trouvé un cancer épithélial du col utérin. Je suis persuadé que des relations sexuelles fréquentes et prolongées auraient amené l'ulcération (épithélioma) du gland ; les mêmes causes produisent les mêmes effets, et les mêmes altérations pathologiques pour des tissus analogues, muqueuse du col et muqueuse du gland et du prépuce, puisqu'il est un temps de la vie fœtale où dans les organes génitaux de l'embryon il est encore impossible de distinguer si ce sera l'utérus avec les ovaires, ou le pénis avec les testicules. Les tissus *analogues* ont des fonctions *similaires*, et les troubles, les altérations pathologiques *similaires* des tissus et particulièrement de l'épithélium, donnent des produits de sécrétions pathogènes *analogues* ; que la cause soit due à des fermentations spéciales par l'action des micro-organismes, ainsi que l'a démontré Pasteur, ou à des réactions chimico-vitales produisant des albuminotoxines, l'effet est toujours constant et produit toujours des intoxications pathologiques *locales* d'abord, *générales* ensuite, avec plus ou moins d'intensité ou de rapidité, suivant la nature du mal, et surtout d'après l'idiosyncrasie, le terrain, la constitution individuelle, et les milieux ambiants dans lesquels l'individu vit.

C'est une loi *pathologique* et *physiologique* que l'observation exacte des faits confirme de plus en plus.

J'ai eu l'occasion de constater bien des fois que des femmes atteintes d'ulcération légère du col utérin pour lesquelles elles ne voulaient pas se soumettre à un traitement *local sérieux et persévérant*, contractaient au bout d'un temps plus ou moins long, *un* épithélioma du col utérin ; et que l'irritation produite dans ces cas par des rapprochements

sexuels fréquents, hâtait la *dégénérescence cancéreuse* du col utérin.

L'auto-infection, la propagation du cancer épithélial du col utérin ulcéré est bien plus rapide par le cul-de-sac de Douglas, et surtout par sa paroi inférieure et postérieure, ainsi que je l'ai observé tant de fois, que par le corps de l'utérus ou les parois vaginales antérieure et supérieure du Douglas. Le motif est bien simple et bien naturel. En raison de la déclivité et des lois de la pesanteur, les liquides infectieux y séjournent et propagent ainsi le mal aux régions voisines. Aussi, dans les cas de cancer du col utérin très développé, l'envahissement du néoplasme se fait-il surtout vers le rectum et dans le cul-de-sac du vagin, tandis que dans le cancer du *corps utérin*, il se produit vers les ligaments larges, la vessie et les pléiades ganglionnaires du petit bassin.

Ces données anatomo-pathologiques et cliniques font condamner, comme une grande faute chirurgicale, le raclage et le curettage de l'utérus dans les cas de cancer; cette opération a toujours pour résultat la récidive et l'empoisonnement rapide du sujet. Aussi devrait-elle être abandonnée, parce qu'elle ne sert qu'à aiguillonner le mal et à précipiter le dénouement fatal, sans aucun soulagement préalable pour la patiente.

Lorsqu'on étudie bien l'auto-inoculation du cancer du col utérin et sa propagation vers les parties les plus déclives du cul-de-sac vaginal, où le suc cancéreux, produit de la sécrétion pathogène des cellules épithéliales malades, séjourne et s'accumule pendant le décubitus; n'est-on pas en droit de se demander pourquoi ce produit de sécrétion pathogène ne pourrait pas altérer et infecter des tissus similaires d'un animal de la même espèce, ayant donc la même anatomie et la même physiologie, et étant, par conséquent, passibles des mêmes troubles fonctionnels et susceptibles d'altérations ou de fonctions pathologiques identiques ? C'est probablement la seule raison pour laquelle les observateurs et les expérimentateurs n'ont trouvé jusqu'ici la transmission ou la conta-

gion du cancer qu'entre individus de même espèce. Cette raison peut très bien expliquer aussi pourquoi des individus cohabitant avec des cancéreux, ou séjournant dans des milieux cancéreux (maisons à cancers signalées dans ces derniers temps) ont pu contracter la maladie. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, les mêmes organes ayant les mêmes fonctions, les mêmes facteurs pathologiques doivent produire des résultats identiques; et la pathologie de la cellule animale doit être la même chez les individus d'une même espèce, quand les causes et les influences d'âge, de constitution et de milieux sont analogues. C'est ce qui s'observe dans toutes les maladies contagieuses, infectieuses et dans les épidémies. Pourquoi cela ne s'observerait-il pas aussi pour le cancer, qui ne peut faire exception à la loi commune de la pathogénésie? Et les cas de contagion du cancer signalés de toutes parts depuis quelque temps paraissent très bien se conformer à cette loi naturelle.

De tout temps, même depuis la haute antiquité, le cancer a été réputé *contagieux;* c'est ainsi qu'aujourd'hui encore, chez les paysans qui, par superstition, se garderaient bien de brûler les objets ou pansements, linges, cataplasmes, charpie, emplâtres, visicatoires, compresses, etc., ayant servi à un malade de leur famille, *par ce que cela porterait malheur au malade,* il est d'usage de brûler tout ce qui a servi *à panser un cancer,* parce que ce mal est *très contagieux!* On pourra me dire : que peut bien faire l'avis ou les traditions de paysans superstitieux et ignorants? Je répondrai que ces traditions, quelque étranges qu'elles nous paraissent, n'ont point été inventées à plaisir, surtout quand elles blessent et contrarient leurs superstitions, et qu'elles doivent reposer sur des faits de contagion qui ont été observés. Or, quand on a vu et observé la marche d'un cancer ulcéré, qu'on a été infecté par l'odeur caractéristique qu'il répand (odeur sui generis, disaient les anciens), il ne faut pas être instruit ni médecin pour ne point se tromper de diagnostic quand un cas analogue se produit encore.

Dans ces derniers temps, le monde médical s'est préoccupé de la contagion du cancer, et la Revue Scientifique de Paris, n° 2, du 12 janvier 1895, donne un article du Dr H. Morau, intitulé : « *Le cancer est contagieux* » qui met en évidence la contagion du cancer. Dans ce remarquable travail, le Dr Morau répond à l'objection habituelle que font les bactériologistes à outrance : « Vous » affirmez la *contagion du cancer*, mais vous ne pouvez » point nous montrer *l'agent du contage* », que la contagion de toutes les maladies fut démontrée et admise bien avant la découverte des *micro-organismes pathogènes;* et même encore aujourd'hui, nul ne doute de la *contagion* et de la *spécificité* de la syphilis, de la rage, etc., et cependant l'agent spécifique, *le contage,* nous est encore absolument inconnu ; le bacille de Koch ne peut point, paraît-il, sans associations microbiennes, causer la cachexie et la mort chez les tuberculeux !

Je demanderai aux adversaires de la contagion, pourquoi vouloir être plus septique à l'égard du cancer que pour les autres maladies contagieuses, alors que l'autoinfection cancéreuse est évidente pour tous les cliniciens qui ont bien observé la marche et l'évolution des tumeurs cancéreuses externes ; alors que les expériences de mon collègue et ami le Dr De Rechter, professeur à l'Université nouvelle, ont bien démontré l'inoculabilité du cancer à des souris ; que les observations de Brouardel, Dève, Mollière, Lapeyze, Happer, Lucas, Eavre, Blyth, Barthélemy, etc. nous montrent la contagion du cancer aussi bien établie cliniquement, que celle du choléra, du typhus, de la syphilis, de la tuberculose, de l'anthrax, etc.

Peut-on encore douter de la contagion du cancer, quand Morau cite le cas d'un pharmacien de la Bretagne, contractant un épithélioma au nez, après avoir fait pendant très longtemps les pansements journaliers de l'épithélioma ulcéré que sa belle-mère portait à la face? Quand Budd nous décrit un cas dans lequel un homme transmit son épithélioma de la lèvre à son chien, qui avait l'habitude de lui lécher la plaie de ce cancer ;

quand P. Michaux, Brouardel ont publié des cas de deux conjoints, soignés l'un pour cancer de l'utérus, l'autre pour cancer de l'œsophage ; quand Clémon rapporte l'observation d'un homme dont la femme était atteinte d'un cancer de la matrice et qui mourut d'un cancer de la verge.

Et les observations si remarquables du Dr Arnaudet (de Cormeilles), qui a constaté que, dans le bourg de Saint-Sylvestre de Cormeilles, sur 74 décès enregistrés dans cette commune, de 1880 à 1887, figuraient 11 décès par le cancer, c'est-à-dire 14,48 °/₀! Et les épidémies d'affections cancéreuses, décrites par Arnaudet : *Épidémies cancéreuses dans les habitations*, ce qui ne laisse plus de doute quant à la contagion du cancer. Semblables épidémies ont été signalées par le Dr Fiessinger, à Oyonnax, par Guelliot, par Fabre, dans sa thèse inaugurale de Lyon, par Humbert Mollière, qui a observé en dix ans quatre cas de cancer évoluant chez les locataires d'une même maison, et par le Dr Henri Morau, qui cite : 1° trois cancers évoluant, en moins de dix ans, dans une même maison, en Bretagne, et dans des familles différentes; 2° à Auteuil, trois cancers qui se sont développés dans le même appartement, en moins de cinq ans.

J'ai eu l'occasion d'observer ce fait, il y a une quinzaine d'années, à Bruxelles : Je fus appelé à donner mes soins à deux époux, âgés, le mari de 83 ans, la femme de 79 ans. Ils n'avaient jamais été malades de leur vie, disaient-ils, mais se faisant vieux, la maladie les avait terrassés. Je trouvai le mari atteint d'un énorme cancer du foie et de l'estomac, avec tous les symptômes de la cachexie et un ictère généralisé; le pauvre homme mourut au bout de quinze jours. La femme dut s'aliter pendant que je soignais son mari, souffrant depuis plusieurs années. Elle attribuait sa maladie à l'épuisement par les veilles et les soins donnés constamment par elle à son mari, et surtout à l'infection répandue par les selles et les vomissements du malade. Au bout de peu de jours, la pauvre malade donna les signes caractéristiques d'un ulcère can-

céreux mélanique de l'estomac; sa constitution robuste et la ponctualité à observer le traitement et le régime que je lui prescrivis, lui permirent de se rétablir de façon très satisfaisante. Elle vécut encore quatre ans et mourut d'une perforation de l'estomac compliquant le carcinome.

Ce fait, que j'ai pu si bien observer, m'a convaincu de la contagion du cancer, d'autant plus que l'hérédité et la soi-disant diathèse cancéreuse ne peuvent être invoquées ici. La cause du cancer gastro-hépatique du mari était évidente pour moi. C'était un homme sédentaire, grand mangeur, grand fumeur, amateur de bons vins, et ayant souffert parfois d'accès de rhumatisme goutteux.

J'ai oublié de citer plus haut, à propos du *traumatisme* comme cause déterminante du cancer, un cas des plus intéressants. Je fus appelé, il y a quelques années, par un confrère en consultation pour un jeune homme de vingt-trois ans, qui souffrait énormément d'une tumeur dure, ulcérée, saignante et infecte (odeur caractéristique du cancer, qui ne trompe jamais), située au niveau du canal inguinal gauche, et s'irradiant, par des prolongements, vers l'abdomen, rempli d'adénites carcinomateuses.

Le cas était désespéré, il ne fallait que songer à désinfecter et à empêcher les hémorragies fréquentes qui épuisaient le malade et que rien ne pouvait arrêter définitivement. Je proposai l'application de ma pâte caustique, dont je donnerai la formule, déjà publiée du reste, dans les journaux de médecine et dans ma brochure sur le traitement du cancer par les caustiques. Mon but était de soulager le malade qui réclamait à grands cris une opération.

Je fis remarquer à mon confrère que c'était la première fois que je constatais un cancer dans cette région et chez un jeune homme de vingt-trois ans, et que le diagnostic *précis* de l'organe atteint et de la cause du néoplasme m'intriguait beaucoup.

En examinant les bourses du malade, je n'y trouvai qu'un seul testicule : le droit; j'avais donc affaire à un cas d'ectopie testiculaire gauche.

L'interrogatoire du malade m'apprit que depuis son adolescence il avait toujours eu une *grosseur* à la région de l'aîne gauche, que parfois cette grosseur était douloureuse, ou le gênait; qu'il avait, il y a quelques années, consulté un médecin qui lui avait dit qu'il était atteint de hernie inguinale, pour laquelle il devait porter un bandage; qu'au bout de quelque temps, ce bandage le faisant beaucoup souffrir, il ne le porta plus qu'irrégulièrement. Depuis trois ans, il avait dû renoncer au bandage à cause du volume et de la sensibilité de la tumeur, qui avait fini par s'ulcérer.

Suivant toute prévision, nous avions affaire à un carcinome du testicule. En appliquant le caustique et en coupant l'escarre tranche par tranche, nous eûmes la certitude de notre diagnostic.

Le malade fut beaucoup soulagé par la destruction du néoplasme ulcéré, la cicatrisation se fit lentement; le malade vécut encore six mois et mourut d'une entéro-péritonite cancéreuse, ainsi que nous l'avions prévu.

Il est impossible de nier ici le traumatisme, l'irritation et l'inflammation chronique du testicule, déterminant à la longue une affection cancéreuse; d'autant plus qu'il n'y avait dans la famille aucune trace d'hérédité.

Cette observation clinique prouve la justesse de la théorie du Dr Letulle sur l'inflammation et l'irritation de l'épithélium comme cause déterminante des dégénérescences et de l'infection carcinomateuse.

Pour terminer la série d'observations cliniques, démontrant la contagion du cancer, je rappellerai ce fait frappant : un de mes clients vint me consulter pour une plaie qu'il portait au prépuce et pour un léger écoulement dont il s'apercevait, disait-il, depuis quelque temps, chaque fois qu'il avait eu des rapports avec sa femme; ces rapports étaient très rares, parce que madame souffrait beaucoup des rapprochements sexuels, qui provoquaient chez elle des hémorragies.

L'examen attentif me fit découvrir un ulcère du prépuce, de nature épithéliale, et de l'étendue de 30 à 40 millimètres carrés.

J'appliquai mon caustique; une seule application pendant six heures suffit pour détruire le néoplasme, et en quinze jours la cicatrisation était complète.

J'exprimai à mon client l'urgence d'examiner sa femme au spéculum, et mes craintes, non point de découvrir une affection vénérienne, mais une affection grave de nature épithéliale, dont sa femme pouvait être atteinte. L'examen au spéculum et au toucher confirma mes prévisions ; madame était atteinte d'un ulcère cancéreux, d'environ trois centimètres sur cinq, qui occupait la paroi vagino-rectale ; l'induration du fond de l'ulcère s'étendait jusqu'au rectum, où je constatai déjà des petits trajets fistuleux.

En présence d'un cas aussi grave et aussi désespéré et dont la malade ne se doutait point, je demandai l'aide de confrères éclairés, qui furent d'avis que toute intervention chirurgicale était inutile, des ganglions durs étant déjà développés dans l'aine. La pauvre malade mourut, sept mois après, de cachexie cancéreuse, le cancer ayant envahi le vagin, le rectum, la matrice et la vessie. Quant au mari, il guérit parfaitement ; il y a de cela dix-huit ans, et il se porte très bien encore aujourd'hui.

En présence de cas aussi divers et aussi nombreux de contagion carcinomateuse, rapportés par un si grand nombre de médecins, dignes de foi, et à même de bien mieux suivre et observer les malades dans les familles et pendant une série d'années, même de générations, ce qui est absolument impossible dans la pratique hospitalière, je pense que la question de la contagion est suffisamment établie pour le cancer, aussi bien que son *unité pathogénique*, c'est-à-dire qu'en fait de cancers, il n'y a que des *épithéliomas ; mais que ces épithéliomas* diffèrent dans leur aspect, leur marche, leur développement et leur terminaison, suivant les différents épithéliums qui deviennent affectés, les organes dans lesquels le mal se développe, et d'après la constitution, le tempérament des individus atteints et les milieux dans lesquels ils vivent.

On pourra peut-être encore invoquer que pour que

l'évidence de la contagion carcinomateuse puisse être absolue, dégagée de tout doute ou hésitation, il est nécessaire que les expériences doivent corroborer les faits cliniques, d'après le principe si bien établi par Claude Bernard, que « *l'observation est ce qui montre les faits, et que l'expérience est ce qui instruit sur les faits.* »

Le travail de M. le Dr Henri Morau nous donne des expériences absolument concluantes, dont nous résumerons les principales conclusions après l'exposé des faits :

« Une souris blanche, trouvée atteinte de cancer épithé-
» lial, fut opérée ; la tumeur fut coupée en deux ; la
» moitié conservée dans l'alcool, l'autre moitié broyée en
» un magma sanguinolent, qui servit à injecter une série
» de dix souris blanches, mais issues d'ascendants diffé-
» rents. Chacun de ces animaux fut isolé, après avoir
» subi les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané
» de l'aine ou de l'aisselle (1). L'examen microscopique
» de l'autre moitié de la tumeur dévoila un *épithélioma*
» *cylindrique*. Trois mois après, huit souris inoculées
» survivaient, et l'on pouvait constater dans les diverses
» régions du corps et au point même de l'injection, des
» nodules durs et résistants, du volume d'un grain de
» millet. Ces nodules, au bout de trois mois, s'étaient
» développés et l'un avait atteint le volume d'une noi-
» sette, les autres à peine celui d'une fève. Ces résultats
» furent constatés en mai 1889.

» Les huit souris furent divisées en deux lots ; le
» premier lot fut sacrifié pour faire de nouvelles inocula-
» tions. Le second lot fut laissé en vie pour avoir des
» produits issus de parents cancéreux.

» Bientôt après, ces derniers donnaient une nombreuse
» progéniture d'individus héréditaires, dont les ascendants
» furent à leur tour sacrifiés pour faire de nouvelles
» inoculations en série, soit à des héréditaires indemnes,
» soit à des sujets absolument sains.

» Pendant cette période de décembre 1888 à mai 1889,

(1) *Revue Scientifique de Paris*, 1895, Tome 3, p. 41.

» le Dr Morau fut conduit à de nombreuses remarques :

» 1° Le cancer primitif, *épithélioma cylindrique*, présen-
» tait des éléments peu accentués, mal ordonnancés. Chez
» les individus *inoculés*, les éléments cellulaires typiques
» étaient plus accentués ; il semblait que le passage de la
» graine primitive dans des organismes sains et successifs
» avait produit une sélection spéciale de la *cellule cancé-*
» *reuse*, au point que les tumeurs de la huitième série
» atteignaient une régularité de forme, très rare à observer
» chez les cancers épithéliaux de l'espèce humaine.

» 2° A la huitième série et dans les séries suivantes,
» les tumeurs prenaient un développement beaucoup plus
» considérable que dans les premières séries, surtout
» chez les *sujets héréditaires de cancéreux inoculés*. Ce fait
» semblerait donc établir que la cellule néoplasique trouve
» un terrain de développement d'autant plus favorable
» que celui-ci est issu d'une souche qui a été primiti-
» vement atteinte (Atavisme constitutionnel).

» 3° Le développement monstrueux de ces cancers
» expérimentaux n'est pas toujours en relation directe
» avec la déchéance physique de l'animal qui les porte;
» au contraire, des animaux dont la santé générale n'était
» pas trop compromise, portaient des tumeurs énormes.
» D'autres animaux porteurs de très petites tumeurs subis-
» saient très rapidement les ravages de la *cachexie cancé-*
» *reuse* (Effets des idiosyncrasies). »

Je suis heureux de voir ces faits expérimentaux en parfaite concordance avec ce que j'ai observé chez les malades cancéreux. J'ai été appelé, il y a quelque temps, en consultation chez une jeune dame de 24 ans, d'un tempérament *lymphatico-nerveux*, d'une constitution et d'une beauté remarquables. Il y a dix-huit mois, cette jeune femme, jouant près du lit de son bébé, glissa sur le parquet et se fit, en tombant, un violent effort musculaire dans le deltoïde gauche; douleurs et gonflement consécutifs. Au bout de quelques mois, il se développa une adénite axillaire et une adénite sus-claviculaire. L'adénite axillaire augmenta de volume, et quand elle eut

atteint la grosseur d'un œuf de poule, un chirurgien l'extirpa au bistouri. Quelques semaines après l'opération, qui avait été pratiquée suivant toutes les règles de l'antisepsie, l'*adénite sus-claviculaire* se développa, la récidive éclata dans la cicatrice opératoire. Un sarcome énorme se développa avec une intensité et une rapidité étonnantes. Quand je fus appelé auprès de cette pauvre malade, qui, malgré ses souffrances horribles, n'avait point encore perdu sa belle carnation, tant la marche du mal était rapide, le sarcome avait envahi l'épaule et la moitié gauche du thorax, et cela en quelques semaines. La pauvre malade succomba un mois après notre consultation. C'est le cas de sarcome ulcéré *le plus énorme* et *le plus suraigu* que j'aie jamais rencontré. J'ai constaté que les sarcomes sont très fréquents à la suite de chutes, de coups et surtout d'efforts et de déchirures musculaires. Les lymphatiques et les lymphatico-sanguins sont très disposés au sarcome et au cancer encéphaloïde. Ces deux variétés sont souvent réunies dans la même tumeur.

4° « Depuis 1888, dit le Dr Morau, nous avons pu » manier et élever des milliers de souris blanches, sans » avoir jamais remarqué sur ces animaux le moindre » parasite lorsqu'ils étaient en bonne santé. Malades et » cachectiques au contraire, ils étaient envahis par une » infinité de poux, de puces et de punaises. En isolant » les cages de souris saines, en plongeant les pieds des » cages dans des baquets remplis d'une dissolution de » térébenthine et de camphre, nous les garantissions de » la vermine, et les souris restaient en parfaite santé. » Quant aux souris laissées dans des cages, où nous avions » mis un grand nombre des punaises venant des cages de » sujets cancéreux, nous avons observé, quelques mois après, » que presque toutes les souris des cages infectées par » ces punaises étaient devenues cancéreuses. Aussi dans » la suite avons-nous fréquemment substitué nos punaises » à la seringue de Pravaz, comme moyen d'inoculation » du cancer. »

Ce fait expérimental ne prouve pas seulement la

contagion du cancer, mais la possibilité des épidémies de cancer propagé par la vermine, dans les maisons et les familles pauvres surtout, ainsi que cela a été constaté en Normandie, en Angleterre et ailleurs.

5° « Le Dr Morau remarque que la gestation, au cours » du développement d'un cancer expérimental, fait subir » un temps d'arrêt au développement du néoplasme, qui » reprend après l'accouchement une activité d'autant plus » grande que l'arrêt a été plus long. »

Ce fait expérimental justifie encore l'observation clinique, pour le cancer comme pour la tuberculose, même pour la syphilis. A mon avis il ne peut en être autrement, en vertu de la loi naturelle pour la conservation de l'espèce. Tout, dans la période de gestation, se fait au profit de l'être procréé et dans l'intérêt de son existence; voilà pourquoi la mère malade doit fatalement être sacrifiée pour assurer la vie de l'enfant et pourquoi le néoplasme s'endort,

6° « Les expériences ont démontré que le *cancer de la* » *souris est inoculable à la souris.* Mais l'inoculation du » cancer humain à d'autres animaux a toujours donné » au Dr H. Morau des résultats négatifs. »

Ce fait expérimental est en rapport avec les observations que bien des maladies contagieuses ne se transmettent pas à des animaux d'espèces différentes, comme nous l'avons prouvé plus haut.

Il résulte de ce qui précède que l'expérimentation confirme les faits cliniques, et que la contagion du cancer et son étiologie nous paraissent parfaitement et définitivement établies par l'observation et par l'expérimentation.

Une question des plus ardues et des plus controversées, c'est la curabilité et le traitement des affections cancéreuses. A notre avis, c'est encore l'étude des faits cliniques et l'observation constante des malades qui pourront le mieux conduire à la solution de la question de la thérapeutique du cancer.

Puisque le cancer est contagieux et qu'il se transmet spécialement aux sujets affaiblis, se développe sur des

terrains relativement bien disposés à sa culture, soit par la misère physiologique ou par le défaut de résistance, c'est-à dire chez les anémiques, les débilités, les surmenés et chez les tempéraments lymphatiques et les scrofuleux, rien n'est plus naturel que d'établir les conditions pratiques de la prophylaxie des affections cancéreuses.

Ces conditions hygiéniques doivent être les mêmes que celles qui sont produites pour la prophylaxie de toutes les maladies contagieuses, et nous allons les énumérer rapidement.

1° Le cancer affectant de prédilection les individus affaiblis et débilités, il est certain qu'il faut se soustraire à toutes les causes physiques et morales qui contribuent au développement de la misère physiologique chez les individus, dans les familles et dans la société. Il faudra donc soigner l'alimentation et surtout éviter la suralimentation animale, parce que l'usage immodéré de la viande, surtout de la viande saignante, l'abus du vin et des boissons alcooliques, prédisposent à la diathèse urique, une des causes du cancer, ainsi que nous l'avons établi.

2° La vermine, les insectes, les mouches, les punaises surtout étant des agents propagateurs du cancer et de presque toutes les maladies contagieuses, il est nécessaire de veiller à l'assainissement et à l'extrême propreté des maisons et des appartements.

3° Le cancer étant contagieux, il faudra pratiquer les pansements des plaies et tumeurs cancéreuses avec les plus grands soins de propreté, d'antisepsie et d'asepsie. Les objets de pansements devront être brûlés après avoir servi ; les vases et les instruments de chirurgie devront être lavés et désinfectés par la chaleur, ou des solutions fortes d'acide phénique, ou de permanganate de potasse à 2 pour mille.

Les mains de l'opérateur devront être désinfectées par le lavage au sublimé (solution au millième).

4° Les objets qui servent aux cancéreux, surtout sa vaisselle, devront être entourés de soins tout particuliers de propreté et de désinfection et ne servir qu'à lui seul.

Le meilleur moyen de désinfection de ces ustensiles, c'est un premier lavage dans la solution de permanganate de potasse à 2/1000e.

5° Les linges et vêtements des cancéreux devront être lavés à part et désinfectés par la chaleur à 125° ou par la vapeur d'eau, suivant les règles ordinaires de la désinfection. Il en est de même des literies et des appartements. Telles sont les principales règles de prophylaxie générale.

Il est non seulement démontré que le cancer affecte surtout l'âge mûr et la vieillesse, mais qu'il atteint aussi les enfants et les sujets jeunes, débiles et lymphatiques.

Il est donc absolument nécessaire de modifier de bonne heure la constitution des enfants délicats, non seulement par l'hygiène, l'hydrothérapie et surtout les bains chauds d'eau salée suivis d'une douche froide et instantanée ; mais encore par des exercices gymnastiques, par un régime mixte, la viande cuite, les légumes et les farineux, additionnés de matières grasses, ou de bon beurre, chez les enfants nerveux et maigres. Il ne faudra point négliger l'usage prolongé des substances modificatrices de l'économie, et particulièrement de l'iodure de fer, du phosphate de chaux, qu'on pourrait appeler *les condiments de la nutrition*. Dans le cas de dyspepsie ou d'atrepsie, on aura recours aux médications indiquées par la chimie biologique, telles que la peptone, la pepsine, la diastase, la pancréatine, le quinquina, la coca, la kola, suivant les indications et l'étude clinique de chaque individu.

Le médecin et le public devront aussi veiller aux plaies, aux ulcères qui persistent malgré les soins ordinaires ; toute plaie chronique, tout ulcère pouvant subir la dégénérescence cancéreuse. Il en sera de même pour les adénites chroniques, et les tumeurs, quelque petites qu'elles soient, et qui persistent à la suite de coups, de chutes, d'irritation ou d'effort. Toute glande contusionnée, irritée, hypertrophiée, peut subir et subit souvent la dégénérescence cancéreuse.

RAPPORTS DES CANCERS DU PANCRÉAS ET DES CANCERS DITS DE L'AMPOULE DE VATER

Par M. L. BARD

Médecin des hôpitaux, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon

Le diagnostic clinique du cancer du pancréas avait toujours été méconnu et regardé comme impossible jusqu'au moment où j'en ai fait connaître les bases précises, dans un mémoire fait en collaboration avec M. Pic et publié dans la Revue de Médecine (1).

Avant ce travail on avait déjà publié des cas assez nombreux de cette affection ; une étude attentive en avait été faite notamment dans la thèse de Vernay (Lyon, 1884), publiée sous l'inspiration de M. le professeur R. Tripier ; mais on avait méconnu la possibilité et les bases du diagnostic surtout parce qu'on avait réuni à tort, dans une description commune, les cancers primitifs et les cancers secondaires du pancréas; tandis que les premiers seuls ont une symptomatologie qui leur soit propre.

Je ne reviendrai pas sur les caractères de cette symptomatologie, que j'ai décrite dans le mémoire auquel je faisais allusion tout à l'heure et qui ont été acceptés depuis, dans leurs traits généraux, par presque tous les auteurs. J'insisterai seulement sur les caractères de la marche de l'affection.

Dès ce premier mémoire je mettais en opposition une forme très rapide, déterminant la mort en l'espace de six semaines à trois ou quatre mois, et une seconde forme, à marche beaucoup plus lente, se prolongeant de un à deux ans.

La première est constituée par les tumeurs nées de l'épithélium pancréatique glandulaire ; la seconde par les tumeurs nées de l'épithélium cylindrique des canaux excréteurs.

L'opposition de durée de ces deux formes résulte précisément des propriétés biologiques différentes des deux épithéliums considérés. Cette opposition est en rapport avec mes idées personnelles sur l'anatomie pathologique générale des

(1) Bard et Pic. — Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique du cancer primitif du pancréas.— Revue de médecine, 1888, p. 257.

tumeurs, qui ont fait l'objet de nombreuses publications. Dans ma manière de voir le diagnostic de nature cylindrique de la tumeur peut être porté même pendant la vie par le fait même de la durée de la maladie.

Pendant les premières années qui ont suivi notre travail, un certain nombre d'auteurs en ont contesté les données et les conclusions. On citait des cancers du pancréas qui n'avaient pas présenté le syndrome décrit par nous : dans presque tous les cas, il s'agissait de cancers secondaires dont le point de départ primitif avait été plus ou moins mal précisé et l'objection n'avait aucune valeur ; dans quelques cas plus rares, il s'agissait réellement de cancers du pancréas de siège anormal, d'ordinaire développé dans la queue de l'organe. Ce n'était pas là encore une objection sérieuse contre notre manière de voir puisque nous avions nettement précisé que le syndrome clinique spécial appartenait aux cancers de la tête et ferait sans doute habituellement défaut dans les autres localisations, d'ailleurs infiniment plus rares. Sur ce point je puis même ajouter que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service, depuis mon premier travail, un cas de cancer de la queue, qui s'était accompagné d'un nodule secondaire dans la tête et qui avait en somme présenté la symptomatologie et permis le diagnostic.

Ces diverses objections n'ont pas été formulées bien longtemps, on n'a pas tardé à reconnaître leur inanité ; depuis quelques années, la possibilité de diagnostic, d'après notre syndrome, a été admise, et celui-ci a pris place dans les derniers traités classiques.

Plus récemment, de nouvelles objections se sont élevées sur un autre terrain ; on ne discute plus la réalité de la symptomatologie attribuée par nous au cancer du pancréas, mais on conteste que cela puisse permettre un diagnostic parce qu'elle appartiendrait aussi, et dans les mêmes termes, au cancer primitif du duodénum né dans la région de l'ampoule de Vater. Divers auteurs ont publié, sous le nom de cancer de l'ampoule de Vater, des cas de cancer ayant présenté notre syndrome et pris pendant la vie pour des cancers du pancréas, à tort, ajoutent les auteurs qui les publient.

Je pourrais me contenter de faire remarquer, à ce sujet, que cancer de l'ampoule de Vater et cancer du pancréas sont deux termes cliniques dont la différenciation est bien peu importante ; mais en réalité, je crois pouvoir maintenir mon affirma-

tion première. J'ai eu l'occasion d'observer des cas de cancer du duodénum occupant la région de l'ampoule de Vater. Ces cas ont été publiés par M. Pic, sous mon inspiration, il y a deux ans (1). Or, la symptomatologie était celle du cancer de l'estomac avec rétrécissement pylorique et non celle que j'ai décrite pour le cancer du pancréas. Le fait est dû, d'une part, à ce que le cancer du duodénum, comme tous les cancers de l'intestin, a une tendance annulaire et crée un rétrécissement digestif ; d'autre part, à ce que la consistance de la tumeur est, en pareil cas, beaucoup moins dure que celle des tumeurs pancréatiques, et, par suite, ne crée pas aussi facilement l'obstruction du canal cholédoque.

Comment interpréter dès lors les faits de cancer de l'ampoule avec symptomatologie pancréatique.

Il y a lieu de distinguer ici deux séries de faits quelque peu différents. Dans le plus grand nombre des cas, on a simplement fait une erreur d'interprétation des lésions microscopiques et la juxtaposition étroite des deux organes, paroi du duodénum et tête du pancréas, a fait méconnaître ceux du pancréatique d'un cancer ayant envahi et ulcéré la paroi intestinale, on peut en juger à la lecture des descriptions anatomiques insuffisantes, et j'ai pu m'en rendre encore un meilleur compte, par l'examen personnel de pièces qui avaient paru à tort aux premières observations, être des cancers primitivement duodénaux : Le mémoire cité plus haut de M. Pic a été précisément publié pour mettre en lumière cette confusion et répondre à cette première série de faits prétendus contradictoires.

Dans d'autres cas, infiniment plus rares, il s'agit de formes spéciales, et qui méritent, en effet, qu'on leur accorde une place à part ; le fait récemment présenté par M. Hanot, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Tunis, (*Voir plus loin page 240*) est le plus net et le plus caractéristique de cette série ; on peut y joindre deux ou trois autres cas similaires, alors que toutes les autres observations sont douteuses et doivent être plutôt rattachées au premier groupe indiqué plus haut.

Le cas présent de M. Hanot peut servir de base à une

(1) Pic. Contribution à l'étude du cancer primitif du duodénum. Revue de médecine, 1894, p. 1801.

discussion précise et à une interprétation rationnelle de cet ordre de faits, d'autant mieux qu'il est de beaucoup le plus positif et le plus exactement décrit. J'assistais à Tunis à la communication de M. Hanot, j'ai pu prendre connaissance de ses dessins, et j'ai déjà indiqué à la séance même, en réponse à sa communication, les réflexions qu'elle m'inspirait et ma manière de voir sur ce point (1).

Dans ce cas, dont les dessins sont d'une si grande netteté, on remarquera que la tumeur fait saillie dans le fond de l'ampoule de Vater, comme un simple bourgeon, sans extension latérale, sans aucune tendance à former un rétrécissement de l'intestin.

Ce fait provient, à mon avis, de ce que la tumeur avait pour point de départ, non la surface intestinale, mais les canaux pancréatiques eux-mêmes, à leur extrémité terminale. Il s'agit, dans ce cas, au point de vue de l'anatomie générale, d'un cancer pancréatique excrétoire, au même titre que dans les cas où le point de départ est dans les canaux intra-glandulaires. Il n'y a donc pas lieu d'y voir une objection contre le syndrome que j'ai décrit pour le cancer du pancréas.

Ce fait de M. Hanot n'en présente pas moins un très grand intérêt. Il démontre qu'il faut dédoubler la forme excrétoire que j'avais opposée à la forme glandulaire. Ce dédoublement doit comporter deux formes : dans l'une, la plus fréquente, celle que j'avais spécialement décrite, la tumeur naît des canaux *intra glandulaires* ; dans l'autre, forme *orificielle*, la tumeur naît de l'embouchure même du canal pancréatique.

La distinction de ces deux formes est anatomiquement facile. Dans l'une, la tumeur est constituée par un bourgeon saillant dans l'ampoule de Vater et de base relativement étroite ; dans l'autre, la tumeur s'étale sur les parois du duodénum, créant un rétrécissement à tendances annulaires, formant le plus souvent un anneau complet.

Au point de vue clinique, le problème est, évidemment, plus difficile ; il ne me paraît cependant pas insoluble. Ce problème est double. Il comporte tout à la fois la distinction des deux formes pancréatiques excrétoires entre elles et, d'autre part, la distinction de la seconde de ces deux formes d'avec les cancers du duodénum.

(1) Bulletin médical, 1896, page 341.

Ce dernier point du problème est, à mon avis, le plus facile à élucider. Pour m'en tenir aux traits généraux, je dirai que le cancer du duodénum a la symptomatologie bien connue du cancer du pylore ou de celui de l'intestin, tandis que la forme pancréatique orificielle, dite de l'ampoule de Vater, a la symptomatologie des cancers du pancréas, telle que je l'avais décrite dans mon premier mémoire.

Le fait de M. Hanot, qui prouve l'existence de cette forme, est, en outre, de nature à faire penser que le diagnostic différentiel pourra être fait entre la forme orificielle et la forme excrétoire intra-glandulaire.

Dans le cas de M. Hanot, non seulement la marche avait été très lente (plus de deux ans), mais encore il y avait eu des périodes de rémission, pendant lesquelles l'ictère avait presque complètement disparu, au contraire de ce que l'on observe dans les cas ordinaires.

Il me semble qu'il faut voir là des symptômes en rapport avec le siège même de la tumeur. En pareil cas, d'une part, les phénomènes d'obstruction doivent être plus précoces, et, d'autre part, ils doivent être plus mobiles.

En effet, dans la forme intra-glandulaire, l'obstruction n'arrive que lorsque la tumeur a atteint un développement suffisant pour comprimer le canal, et cette compression a peu de tendance à rétrocéder. Au contraire, dans la forme orificielle, l'action sur le canal s'exerce d'emblée. De plus, dans les rétrécissements organiques des organes circulaires (canaux ou tube digestif) l'élément spasme ajoute son action, précoce et variable, à la lésion organique elle-même. Il est tout naturel que le cancer de l'orifice terminal du canal de Wirsung ne fasse pas exception à cette loi générale.

La longue durée peut résulter en partie de la marche réellement plus lente de la tumeur, en partie aussi de ce que le début est plus exactement connu en raison de l'apparition plus rapide des phénomènes d'obstruction.

Dans la réponse que M. Hanot a faite aux observations que j'avais présentées à Tunis, à la suite de sa communication, il s'est montré tout disposé à se rallier à ma manière de voir, et à reconnaître, avec moi, que son cas personnel ainsi que les cas similaires, devaient être rattachés au cancer du pancréas, pour en constituer une forme spéciale orificielle ; il a ajouté qu'il fallait y voir le cancer du *pylore pancréatico-biliaire*.

Ainsi tombe à son tour l'objection qu'on a voulu tirer des cancers de l'ampoule de Vater contre notre manière de voir, et j'ai bien le droit de conclure que nos premières conclusions restent intactes et que le diagnostic du cancer du pancréas, sur les bases que j'ai indiquées avec M. Pic, doit prendre place dans la clinique courante. Ce n'est pas assurément que je soutienne qu'on ne pourra jamais commettre d'erreur en pareil cas ; quel est le clinicien qui oserait poser une pareille condition à un syndrome quelconque, avant de lui accorder droit de cote en pathologie, et quel serait à cette condition le syndrome qui pourrait encore y figurer ! Il suffit pour qu'un syndrome soit jnstifié et pour qu'il puisse servir de base légitime aux diagnostics qu'il s'applique à l'immense majorité des faits et que les causes d'erreur ne dépassent pas le minimum dont on se contente à juste titre dans toutes les autres circonstances. Les détails et la discussion qui précèdent montrent que le groupement des phénomènes cliniques qui caractérisent d'après nous le cancer primitif de la tête du pancréas, que ce groupement auquel nombre d'auteurs ont donné le nom de syndrome Bard-Pic, remplit précisément toutes ces conditions, et que nous n'avons dès lors rien à retirer de ce que nous avons avancé il y a huit ans.

TRAITEMENT RADICAL DE L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ

par M. le Dr G. **FILARETOPOULO**

Professeur agrégé à l'Université d'Athènes

Quoique jusqu'à présent le traitement médical des épithéliomas de la peau compte assez de résultats satisfaisants et quelques succès indiscutables, néanmoins, dans un grand nombre de cas, il laisse à désirer.

De tout temps on a proposé une multitude de moyens contre les tumeurs épithéliomateuses de la peau : les caustiques de toutes espèces (pâte arsenicale, caustique Filhos, etc.), l'aristol, la pyoctanine, le chlorate de potasse, les matières colorantes, telles que l'aniline, le bleu de méthylène, etc., l'acide pyrogallique, le naphthol camphré, la cautérisation ignée, le raclage et les moyens chirurgicaux proprement dits, c'est-à-dire l'ablation par le bistouri.

Nous occupant depuis longtemps des affections du tégument externe et employant à diverses reprises tous les moyens susdits, nous avons pu constater que, dans les épithéliomas cutanés, à eux seuls tous ces traitements bien souvent ne donnent pas des guérisons complètes; en d'autres termes l'emploi exclusif de l'un des moyens précédents reste insuffisant : en revanche leur combinaison dans un cas donné amène une très bonne modification du tissu épithéliomateux qui devient alors apte à être détruit par les caustiques antiseptiques.

Selon notre manière de voir, voici la conduite à tenir en face d'un cas de cancroïde.

Il faut savoir que nous n'avons pas en vue que les cancroïdes qui n'ont pas bien creusé, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas envahi les tissus sous-cutanés pour lesquels seule l'intervention sanglante est indiquée.

Un médicament excellent pour modifier le tissu épithéliomateux et que l'on emploie encore avec de bons résultats, c'est le chlorate de potasse et c'est par lui que nous commençons notre traitement, quand nous avons affaire, comme cela arrive la plupart du temps, à des épithéliomas ulcérés : dans le cas où l'ulcération n'a pas encore eu lieu, il faut racler d'abord à froid et puis employer le chlorate de potasse. Nous préférons la solution saturée à la poudre qui est moins facile à manier et plus douloureuse. Nous commençons donc par faire appliquer cette solution trois fois par jour, par un petit tampon de ouate qu'on en imbibe parfaitement, et qu'on met en contact immédiat avec la surface ulcérée, de telle façon qu'elle soit bien imbibée par le liquide : le malade répète cela trois ou quatre fois dans l'espace de cinq minutes.

Avec ce traitement suivi pendant six ou huit jours, les bords de l'ulcération se ramollissent et s'affaissent et la surface ulcérée diminue beaucoup d'épaisseur: Si cette modification n'est pas bien satisfaisante, nous lui ajoutons alors l'acide pyrogallique que le malade applique en pommade dans la proportion de 1 : 10 et qu'il emploie pendant trois ou quatre jours, en alternant avec le chlorate de potasse, jusqu'à ce que le résultat voulu soit obtenu. Quand le tissu cancroïdal est complètement modifié, ce n'est qu'alors seulement qu'il est apte à être détruit à fond par les caustiques. Pour cela nous avons recours non aux caustiques ordinaires mais à l'acide phénique pur dont nous imbibons une petite boulette de coton que nous appliquons fortement sur l'ulcération. —

L'acide phénique s'adapte mieux dans l'espèce selon les théories modernes sur l'origine microbienne de la maladie. — Quelques heures après la cautérisation, il survient une réaction inflammatoire variant d'intensité suivant la quantité de l'acide employé et qui aboutit à la formation de l'eschare dont la chute laisse une surface granuleuse, d'un aspect des meilleurs, la guérison s'obtient ensuite, même sans pansement, au bout de très peu de temps, avec une cicatrice unie, lisse et à peine visible.

Si l'ulcération est couverte de croûtes épaisses, comme cela arrive dans l'acné sébacé concrète, qui, sous l'influence d'une certaine irritation, dégénère en épithélioma véritable, il faut alors, avant l'emploi des applications modificatrices, faire tomber les croûtes par les cataplasmes de fécule de pomme de terre.

Malgré ce qu'on en ait dit, nous trouvons le chlorate de potasse beaucoup préférable à l'aristol, dont l'action est plus lente et douteuse.

Depuis longtemps nous avons essayé à diverses reprises tous les procédés employés ordinairement contre cette affection ; celui qui nous a rendu les plus grands services est celui que nous venons de décrire, et voici comment nous expliquons les succès que nous avons obtenus.

La cautérisation ignée, ainsi que les caustiques employés seuls au commencement et même après une application réitérée, ne suffisent pas pour la destruction totale du tissu cancroïdal ; cela vient de ce qu'ils n'agissent qu'en apparence sur toute la profondeur de la néoplasie, en laissant dans quelque anfractuosité les éléments infectés, capables de reproduire l'affection dans un temps relativement court ; du reste ils ont l'inconvénient d'être très douloureux.

En ce qui concerne l'intervention sanglante, nous tenons à soutenir qu'elle réussit beaucoup moins que notre procédé surtout au point de vue de la récidive, parce qu'avec elle on n'est pas bien sûr d'avoir enlevé tout le tissu malade, d'où la résorption des éléments cancéreux par les lymphatiques et les capillaires ouverts par le bistouri.

Outre cela, avec l'opération on tend le plus souvent à ne pas entamer une grande partie de la peau environnante, ce qui contribue encore à la reproduction de la néoplasie, par cette portion de la peau qui est le plus souvent infectée.

Les topiques pulvérulents, les pommades antiseptiques et

résolutives n'agissent que comme adjuvants d'un des procédés cités ci-dessus.

Enfin, vu les explications théoriques sur le développement des tumeurs épithéliomateuses, vu les recherches modernes qui prouvent très probablement leur origine microbienne, nous pensons que notre procédé est appelé à rendre quelques services à la thérapeutique dermatologique, d'autant plus qu'il s'agit d'un procédé très simple, peu douloureux, à la portée de tous les médecins et surtout garantissant plus que tout autre contre les récidives, si fréquentes dans les épithéliomas.

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Hennebert. — *Carcinome épithélial du temporal.* (La policl. Bruxelles, p. 565, 15 avril 1896).

Homme de 38 ans. Vers l'âge de 12 ans, introduction d'une touche d'ardoise dans l'oreille gauche ; pour l'extraire on pratique, derrière le pavillon, une perforation, qui est restée fistuleuse. Depuis trois ans douleurs et empâtement consécutif de la région avec perte de l'ouïe de ce côté et masse bourgeonnante au fond du conduit.

Incision au-dessus du pavillon, curetage de cette masse bourgeonnante qui remplissait une cavité dont la paroi profonde est constituée par les méninges refoulées, la paroi inférieure par la pyramide du rocher en partie détruite et les bords par une portion de l'écaille du temporal. Au microscope épithélioma. Il n'existait aucun trouble cérébral ni oculaire.

Leplat. — *Ostéosarcome de l'épiphyse supérieure du fémur. Désarticulation de la hanche. Broncho-pneumonie. Mort le 15me jour.* (J. Sc. Méd. Lille, p. 345, 11 avril 1896).

Observation particulièrement intéressante, à cause des rapports constatés entre un traumatisme et le développement d'une tumeur. Il s'agit d'un homme de 46 ans, qui, plusieurs mois après une chute, dans laquelle le grand trochanter gauche avait porté sur la crosse d'un fusil, sentit, en faisant un effort, un craquement douloureux dans la cuisse, et tomba sans pouvoir se relever. On constata une fracture du col du fémur ; deux mois plus tard, il n'y avait pas de

consolidation et des signes d'ostéosarcome se développèrent peu à peu. Désarticulation ; suppuration de la plaie ; accidents de broncho-pneumonie et mort le 15me jour.

Lohéac. — *Ostéosarcome du radius chez un enfant de 7 ans. Amputation.* (J. Sc. méd. Lille, 2 mai 1896, p. 425).

Fillette de 7 ans. Développement rapide sur le radius d'une tumeur présentant les caractères du sarcome. Amputation du bras. Le radius présente un développement fusiforme considérable sous forme d'une masse qui a envahi surtout les faces antérieure et postérieure. Au niveau de la tête petite tumeur, de nature sarcomateuse comme la première, le canal médullaire est envahi, de même que certains faisceaux musculaires.

Appareil de l'innervation

Bernheim. — *Sarcome fasciculé du cerveau.* (Rev. méd. de l'Est, p. 216, 1er avril 1896).

Ce sarcome était situé au niveau de la première circonvolution temporale gauche et occupait toute l'épaisseur du lobe temporal. Il y avait compression des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes et atrophie de la troisième circonvolution frontale gauche. Le sujet, sur lequel cette tumeur avait été trouvée, présentait depuis un mois un affaiblissement général, des troubles de la parole avec perte partielle de la mémoire; à ces accidents avaient succédé de la parésie et ensuite de la paralysie des membres inférieurs droits avec hémiplégie faciale. Dans cette observation l'auteur signale en particulier l'aphasie motrice à peu près complète et les symptômes très accentués de surdité psychique.

Vermorel et **Marie.** — *Tumeur (Sarcome) du cerveau.* (Soc. anat. Paris, févr. 1896, p. 162).

Femme de 28 ans. Depuis dix-huit mois diminution de la vision, faiblesse de la moitié droite du corps, céphalalgie. troubles intellectuels et plusieurs attaques de convulsions. Actuellement hémiplégie droite, surdité et cécité absolues, douleurs de tête alternant avec de la torpeur. Mort. A l'autopsie on trouve au niveau de la première circonvolution frontale et de la partie antérieure de la deuxième frontale gauche une tumeur du volume d'un petit œuf. Cette tumeur est molle, kystique et d'un gris rosé. Les nerfs optiques, les bandelettes grises et les tubercules mamillaires sont gris, durs et tuméfiés, la partie antérieure de la couronne rayonnante de Reil présente une teinte jaunâtre et est ramollie ; le corps

strié est mou, tuméfié et grisâtre. Dans la cavité péritonéale nombreuses granulations tuberculeuses, confirmées par le microscope. Quant à la tumeur cérébrale, il s'agissait d'un sarcome avec formation de pseudo-kyste.

Czerny. — *Epilepsie jacksonienne par sarcome du cerveau.* (Soc. Méd. Heidelberg, avril 1896).

Homme de 49 ans, qui, à l'âge de 13 ans, avait reçu un coup de pierre sur l'occiput. En 1889, céphalalgie tenace et attaques de convulsions limitées au membre inférieur gauche. A partir de 1893, ces attaques se manifestaient non seulement dans le membre inférieur gauche, mais encore dans le membre supérieur gauche et dans la moitié gauche de la face, devinrent de plus en plus fréquentes et se compliquèrent de perte de connaissance.

Diagnostic : épilepsie jacksonienne probablement par tumeur de la région motrice droite.

L'intervention a consisté dans la résection ostéoplastique du pariétal droit à la hauteur de la région rolandique. On trouva, implantée sur la surface interne de la dure-mère et recouvrant la partie postérieure de la circonvolution centrale, une tumeur dure, bleuâtre, mesurant 4 cent. 1/2 de hauteur sur 3 cent. 3/4 de largeur et 3 cent. 1/2 longueur. En avant, se trouvait un kyste des dimensions d'une noix, rempli de sérosité. La tumeur adhérait au cerveau sur une très petite étendue.

Suites de l'opération simples. Le malade, opéré le 25 novembre, eut encore des attaques les 26 et 29 novembre, et le 5 janvier, la dernière, déterminée en apparence par la rétention d'un peu de pus dans la plaie. Depuis trois mois, le malade n'a plus eu d'attaques. L'examen microscopique de la tumeur extirpée montra qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme de la dure-mère.

Legueu et Marien. — *Fibro-sarcome du nerf sciatique.* (Soc. anat. Paris, p. 264, mars 1896).

Cette tumeur, développée sur le sciatique d'un homme de 35 ans, présentait le volume des deux poings. Le nerf n'a pu être conservé. La tumeur était constituée par des cellules fusiformes, à gros noyau, ayant une tendance à s'organiser en travées fibreuses (sarcome fasciculé).

Appareil des sens spéciaux

Panas. — *Sarcome choroïdien de la région de la macula avec propagation orbitaire.* (Acad. de Méd., 9 juin 1896, p. 634).

Femme de 50 ans. En 1883, chute sur la région temporale droite suivie de photopsie et d'ambliopie. Obscurcissement progressif du champ visuel

et signes de glaucome. Trois sclérotomies sans succès. Enucléation en 1895; on trouve au fond de l'orbite une tumeur indépendante du nerf optique. Cette tumeur née de la partie polaire de la choroïde, avait dédoublé le côté externe de la gaine sclérale du nerf et envahi le tissu cellulo-graisseux de l'orbite sans que la sclérotique fût perforée. Au microscope on note qu'il s'agit d'un sarcome choroïdien maculaire avec propagation orbitaire. Pas de récidive six mois plus tard.

Guibert. — *Sarcome mélanique de la paupière.* (Soc. franç. d'ophtalm., 7 mai 1896).

Observation de sarcome mélanique développé sur une brûlure de la face remontant à l'enfance. Examen histologique complet. Le pigment contenu dans la tumeur n'était pas d'origine hématique. Pas de récidive au bout de quatre mois.

V. Morax. — *Troubles oculaires dans un cas d'épithéliome du sinus sphénoïdal.* (Soc. Franç. d'ophtalm., 6 mai 1896).

Malade de 53 ans, accusant une cécité complète. L'examen ophtalmoscopique montre que la perception visuelle est complètement abolie dans les deux yeux. L'apparition du trouble visuel a coïncidé avec des céphalées violentes et continues qui ont persisté depuis lors. Quinze jours après la perte de la vision, signes ophtalmoscopiques d'une névrite optique légère qui atteint l'œil droit, puis le gauche, et à laquelle succède une atrophie papillaire; signes de néoplasie orbito-nasale; ptosis, exophtalmie et ophtalmoplégie ; troubles de la respiration nasale et écoulement purulent par les narines; tumeurs pédiculées de la pituitaire. Infiltration néoplasique des tissus orbitaires et de la base du nez. Ces différents symptômes se développent progressivement. Mort par bronchopneumonie.

L'autopsie montre l'existence d'un néoplasme qui, en se développant dans la cavité du sinus sphénoïdal, en a refoulé, puis envahi les parois, se propageant dans toutes les directions, infiltrant en haut et en arrière le corps du sphénoïde et le chiasma, se prolongeant, de côté dans les sinus maxillaires et dans les orbites, en avant sur la muqueuse pituitaire, en haut à travers l'ethmoïde, atteignant et infiltrant les circonvolutions frontales, sans donner naissance à des nodules secondaires à distance.

Le néoplasme était constitué par un épithéliome cylindrique avec des foyers d'infiltration et de petits abcès dus à une infection secondaire par le streptocoque.

Appareil de la digestion

1°. Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

R. Frœlich. — *Des effets de la gastropexie sur les rétrécissements cancéreux de l'œsophage.* (Rev. Méd. de l'Est, 15 mars 1896, p. 177).

L'auteur donne d'abord la relation de deux observations de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, pour lequel il a fait ainsi la gastropexie, en modifiant le manuel opératoire ordinaire, de façon à ce que, plus tard, la ponction de l'estomac ne fût pas gênée par le rétrécissement de la plaie :

« Incision verticale sur le milieu du muscle grand droit gauche, l'incision partait des fausses côtes et avait 5 cent. de long, recherche de l'estomac qui est saisi au-dessus de la grande courbure avec une pince à forcipressure peu serrée.

Cela fait, nous suturons la peau avec le péritoine pariétal. Nous créons ainsi un canal *cutanéo-peritonéal large* de 2 centimètres, et profond de 3 centimètres, dans lequel nous fixons l'estomac, dont une portion est attirée à l'extérieur *et forme champignon.* Nous plaçons six sutures péritonéales, et trois sutures cutanéo-stomacales, enfin, *un fil-repère est passé* au centre du champignon stomacal, mais sans traverser sa cavité.

Le cinquième jour nous enlevons les fils, sans toucher au fil-repère qui est laissé en place. »

Chez les deux malades ainsi opérés, le deuxième temps de la gastrotomie ne fut pas pratiqué. Chez le premier la mort survint avant que les difficultés de la déglutition eussent reparu Le deuxième quitta l'hôpital, et l'amélioration persista également. Mais le bénéfice de la simple gastropexie fut remarquable au point que l'un et l'autre de nos opérés se crurent guéris.

En réalité, les malades semblent retirer de la gastropexie des avantages tels que cette opération me semble être l opération de choix, chaque fois que le malade n'est pas trop cachectique ni trop inanitié. En suivant la technique opératoire que nous avons employée, ou une technique analogue, on se met sûrement à l'abri de l'ouverture du péritoine, alors même que la ponction de l'estomac ne serait faite que un mois ou deux mois après la gastropexie.

Chaput. — *Résection du rectum pour cancer* (Soc. chir. Paris, juin 17).

Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par broncho-pneumonie par éther, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis je compte 2 récidives assez rapides ; un

malade opéré depuis 2 ans présente une récidive, avec une santé parfaite et pas de troubles fonctionnels, et 3 cas (50 pour 100) sans récidive depuis 2 ans, 2 ans et 5 ans.

Dans 2 cas, il n'y a pas eu de prolapsus ; dans l'un, j'avais fait la suture circulaire, dans l'autre j'avais tordu le bout supérieur à la Gersung.

Dans 2 autres cas, où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et d'après mon expérience le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

Technique opératoire. — Je conseille de faire, 2 jours d'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en Y.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum. Autant que possible suturer circulairement les deux bouts ; en cas d'impossibilé fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersung.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles.

On ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

Résumé des indications. — *Cancer de la cloison recto-vaginale.* — Les enlever par une incision périnéale.

Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac.

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — Limités : Incision circulaire avec incision de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier).

Suture à la peau, du bout supérieur tordu à la Gersung.

Le procédé d'Hartmann, ablation par les voies naturelles, est très recommandable.

Étendus : Combiner l'incision périnéale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

Czerny. — *Cancer du rectum chez un enfant de treize ans.* (Soc. Méd. Heidelberg, avril 1896).

Czerny a eu l'occasion d'opérer un cancer du rectum chez un garçon de 13 ans, chez lequel l'affection datait de 6 mois environ. Au toucher on trouvait, immédiatement au-dessous du promontoire, une tumeur

polypeuse, ulcérée, paraissant adhérente en arrière et diagnostiquée adénome papillaire.

La tumeur a été enlevée par la voie sacrée après résection ostéoplastique de la 4e vertèbre sacrée. L'ulcération carcinomateuse s'étendait sur une hauteur de 4 centimètres, et la prolifération épithéliale, après avoir traversé la couche musculaire, avait envahi la séreuse au niveau du cul-de-sac de Douglas. Toutes les parties malades furent enlevées et l'intestin réuni par une suture circulaire. Guérison avec fistule.

Lauwers. — *Résection du pylore d'après la méthode de Kocker.* (Ann. Soc. belge chir., 15 mars 1896, p. 444).

Opération pratiquée sur une femme de 64 ans, pour une tumeur insérée sur le pylore et faisant une saillie considérable dans la cavité de l'estomac.

Le néoplasme réséqué, les deux bords de l'ouverture stomacale furent réunis par un double surjet à la soie et l'orifice duodénal fut abouché à la paroi postérieure de l'estomac. Suites excellentes. Réunion par première intention. Quatre semaines plus tard, la malade digérait facilement tous les aliments.

Pozzi. — *Cancer du rectum extirpé il y a deux ans par la voie sacrée. Guérison.* (Bull. Soc. chir. 1er avril 1896).

Présentation d'une malade ayant subi, il y a 25 mois, par la méthode de Kraske, l'extirpation d'un épithélioma du rectum d'une hauteur de dix centimètres et siégeant à huit centimètres de l'anus. Etat actuel excellent. Pas de troubles locaux.

Pebroff. — *Polypes multiples de l'estomac et de l'intestin dégénérés en cancer* (Soc. des méd. russes et Presse méd., 4 avril 1896).

La maladie a commencé par une diarrhée fréquente, accompagnée de fortes douleurs dans le ventre ; ensuite, il est survenu des vomissements et des crampes dans les jambes. A l'examen, on constata ce qui suit : abdomen modérément ballonné et sensible, pas d'œdème ni ascite. Les jours suivants, ces phénomènes persistèrent, et la diarrhée fut remplacée par une constipation opiniâtre. On fit une laparotomie, et l'on trouva une invagination du cæcum, dont on réséqua une partie. La malade mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva un polype siégeant à l'entrée du cardia ; en outre la muqueuse de la paroi antérieure de l'estomac présentait des élévations et des papules ; dans le duodénum et l'intestin grêle on trouva également un grand nombre de polypes disposés, soit en groupes, soit isolément. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

2°. Annexes de l'appareil de la digestion

V. Hanot. — *Cancer de l'ampoule de Vater.* (Bull. méd., p. 329, 5 avril 1896).

Observation d'un homme de 40 ans, atteint d'un cancer de l'ampoule de Vater, dont le début remonterait à deux années. L'affection s'est caractérisée cliniquement par une augmentation de volume du foie, de la vésicule biliaire et de la rate, avec ictère chronique et décoloration des fèces, sans colique hépatique. Il existait en même temps de la leucocytose constante, et on notait l'absence d'urobilinurie. Pendant l'évolution de la maladie, on avait constaté la diminution progressive de l'ictère et un œdème unilatéral droit.

A l'autopsie, on a trouvé un épithélioma cylindrique de l'ampoule de Vater, sans aucun foyer de généralisation.

Le canal de Wirsung et le canal cholédoque, tous deux notablement dilatés, s'ouvraient par un orifice spécial dans l'ampoule de Vater. Le pancréas était indemne. La diminution de l'ictère était due à ce qu'il s'était produit une acholie pigmentaire, fait déjà observé par l'auteur dans les affections du foie.

Cette observation s'ajouterait à celles déjà publiées par Busson (1890), pour montrer que le syndrome clinique, attribué au cancer du pancréas par Bard et Pic, ne serait pas exclusif à ce cancer, mais se rencontrerait toujours dans le cancer de l'ampoule de Vater.

Jacobson. — *Cancer primitif du foie; noyaux cancéreux dans la plèvre droite.* (Soc. anat. Paris, p. 290, avril 1896).

Ce cancer a été recueilli sur un vieillard de 75 ans. L'examen histologique a été particulièrement intéressant, montrant qu'il s'agissait d'un épithélioma trabéculaire affectant sur certains points la forme trabéculaire radiée de Hanot et Gilbert et qu'il y avait perméabilité et congestion des vaisseaux.

Achard. — *Cancer primitif du foie avec fièvre.* (Soc. méd. Hôp., 10 avril 1896.

Achard communique deux observations de cancer primitif du foie, dans lesquelles il y avait de la fièvre et des symptômes d'ictère grave.

Dans la première, il s'agit d'une femme atteinte d'un cancer primitif avec ictère, albuminurie, urobilinurie, délire et fièvre ; la température atteignit 41°5 quelques heures avant la mort.

La seconde observation concerne un cancer developpé chez un homme en état de cachexie et de prostration profondes ; l'urine renfermait de l'albumine et de l'urobiline, il y avait de la dyspnée et du myosis ; la

température était de 38°8 la veille de la mort. Dans les deux cas, le suc hépatique recueilli aseptiquement par ponction peu de jours avant la mort donna des cultures de staphylocoque blanc.

Ces deux faits sont de nouveaux exemples d'infection développée au cours de cancers viscéraux. Ils peuvent être rapprochés des cas d'infection survenant dans le cancer gastrique.

Appareil de la circulation

Auclair. — *Lymphadénome du médiastin, comprimant les gros vaisseaux de la base du cœur.* (Soc. anat. Paris, mars 1896, p. 173).

Cette tumeur a été recueillie sur un homme de 35 ans, mort dans un accès de dyspnée. Elle formait une masse rectangulaire s'insérant au diaphragme, remontant jusqu'au-dessus de l'orifice supérieur du thorax et occupant tout l'espace compris entre le rachis et le sternum. Formée de masses dures, blanchâtres, d'aspect carcinomateux, elle engainait et étranglait la trachée, les gros vaisseaux de la base, l'œsophage, l'aorte et le hile du poumon. Noyaux métastatiques viscéraux. Au microscope. lymphadénome.

Nepveu. — *Diagnostic de la généralisation des cancers par l'examen du sang.* (Congr. Soc. Sav. Par., avril 1896).

En 1874, Nepveu a démontré que l'on pouvait diagnostiquer la généralisation viscérale des tumeurs mélaniques par l'examen du sang. Il a montré que dans les capillaires envahis se trouvaient des cellules néoformées à l'état libre.

Par de nouvelles recherches l'auteur s'est assuré que ce phénomène se rencontre fréquemment et que ces corpuscules se colorent facilement à l'aide du séro-méthylène éosiné sur des pièces fraîches.

Appareil de la sécrétion urinaire

Hallé. — *Existence de leucoplasies et de cancroïdes dans l'appareil urinaire.* (Soc. de biol., 29 mai 1896).

Lorsque l'appareil urinaire est enflammé d'une façon chronique, on peut, dans certains cas, observer, sur la muqueuse de la vessie, des uretères et des bassinets, l'existence d'un revêtement pavimenteux corné à caractères épidermiques, distribué en plaques disséminées ou sur une grande étendue de la muqueuse.

De cette lésion qu'on peut diagnostiquer par la présence des produits

de desquamation épithéliaux dans le sédiment urinaire, il faut rapprocher l'épithélioma lobulé, corné, à globes épidermiques, lésion néoplasique. Cette dernière affection est assez fréquente dans la vessie; elle est facile à diagnostiquer par les fragments spéciaux tombés dans l'urine. Il est bon de distinguer ce genre de lésions des autres néoplasmes vésicaux sous le nom de cancroïdes urinaires.

A la vessie, comme à la bouche, cette leucoplasie peut dégénérer en cancroïde. Hallé s'appuie, pour avancer ce fait, sur des arguments cliniques et anatomiques et sur ce que, dans une même vessie, il a observé la leucoplasie et le cancroïde simultanément.

Lauwers. — *Deux néphrectomies pour sarcomes du rein.* (Ann. Soc. belge chir., 15 décembre 1895, p. 313).

I. — Enfant de 6 ans, ayant maigri depuis quelques mois et atteint d'une grosse tumeur siégeant dans le flanc droit. Pas de troubles urinaires. Laparotomie. Sarcome globo-cellulaire du rein ; néphrectomie. Récidive mortelle, trois mois plus tard.

II. — Enfant de 3 ans. Rétention d'urine et volumineuse tumeur dans le flanc droit. Néphrectomie. Sarcome fuso-cellulaire, d'origine pararénale. Mort par récidive au bout de deux mois et demi.

Danel. — *Epithélioma primitif du rein gauche.* (J. Sc. méd. Lille, p. 478, 17 mai 1896).

L'ablation de cette tumeur a été faite sur un homme de 23 ans. Du volume des deux poings et du poids de 900 grammes, cette tumeur avait détruit les 2/3 inférieurs du rein ; sa consistance était uniforme et nulle part elle ne présentait de cavité kystique. Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma végétant endocanaliculaire paraissant avoir débuté au niveau des tubuli contorti.

Berger. — *Epithélioma kystique du rein.* (L'Abeille Méd., 20 juin 1896, p. 193).

Homme de 44 ans, atteint d'une tumeur occupant la partie latérale et médiane du ventre, remplissant tout le flanc droit et s'étendant du rebord des fausses côtes à la fosse iliaque droite dont la partie inférieure toutefois restait libre. La tumeur débordait en outre la ligne médiane, empiétant sur le côté gauche, sans arriver jusqu'au flanc ; remontant dans la région épigastrique, où elle semblait se continuer avec le bord antérieur du foie. Cette tumeur était régulière, sphéroïdale, de consistance égale, résistant avec une certaine élasticité à la pression, rénitente et manifestement fluctuante. Elle se déplaçait en suivant les mouvements respiratoires et les mouvements du diaphragme comme une tumeur du foie. Urines sanguinolentes.

La laparotomie fait voir une tumeur énorme du rein. Incision du péritoine postérieur. Ponction qui donne issue à plusieurs litres (de 2 à 3 1/2) d'un liquide rouge, trouble, ressemblant à de l'urine hématurique. La tumeur ainsi diminuée est attirée au dehors par deux fortes pinces, résection, drainage à la gaze iodoformée. L'examen histologique a prouvé que cette tumeur était un épithélioma à globes épidermiques.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Duquennoy. — *Cancer de la verge. Amputation.* (J. Sc. méd. Lille, 9 mai 1896, p. 451).

Homme de 34 ans. Début de l'affection par une nodosité dure sur le bord droit de la racine du gland il y a un an. Ulcération de cette nodosité accompagnée d'élancements vers le périnée. Actuellement le gland est transformé en une tumeur du volume d'un petit œuf, formée de bourgeons mous, sanieux, odorants. Les ganglions inguinaux, dit l'auteur, présentent *leur volume normal.* Amputation de la verge. Suites normales.

Salischer (Tomsk). — *Ablation totale de la prostate dans un cas de cancer.* (Bulletin méd., p. 337, 5 avril 1896).

L'auteur a pratiqué l'extirpation totate de la prostate, des vésicules séminales et du tiers inférieur du rectum dans un cas de cancer squirrheux de ces organes.

Le procédé opératoire a été le suivant :

Double incision en cerclant l'anus, partant du coccyx et allant à la symphyse pubienne (cette incision est préférable à la bi-ischiatique : elle donne plus de jour pour la recherche des ganglions). Evidement total de toutes les parties malades : tiers inférieur du rectum, vésicules séminales, prostate, ganglions pelviens. On a constitué ainsi une vaste cavité, allant en haut jusqu'au cul-de-sac de Douglas, dans laquelle s'ouvre la vessie par un orifice permettant l'introduction de trois doigts. L'affrontement des deux sections urétrales étant impossible, on se contente d'une sonde à demeure. Quant au rectum, plus mobile, son bout supérieur est suturé à la partie postérieure des lèvres de la plaie. Le reste de la cavité est bourré de gaze iodoformée.

Dans l'espace d'un mois la cavité est entièrement comblée : il ne reste plus qu'une fistule urinaire qui, elle aussi, diminue de jour en jour, si bien que trois mois après l'opération, le malade urinait presque entièrement par son urètre. Malheureusement, il commit quelques imprudences, ne voulut plus garder la sonde urétrale ; de

plus, il fut pris d'une forte attaque de rhumatisme articulaire aigu, à la suite de laquelle survint une large eschare sacrée, si bien que la mort arrivait par cachexie, quatre mois après l'intervention.

L'autopsie montra que le néoplasme avait été entièrement enlevé, et qu'il y avait guérison opératoire parfaite, mais on trouva les lésions d'une méningo-myélite suppurée, ayant eu probablement pour point de départ les orifices sacrés du canal rachidien.

2° *Organes génitaux de la femme*

H. D. Beyea. — ***Sur l'adénome malin du corps de l'utérus et son diagnostic.*** (The americ. Journ. of. obs., février 1893, et Semaine Gynéc., 24 mars 1896, p. 62).

La fréquence de l'affection n'est pas facile à établir parce qu'un grand nombre d'observations n'ont pas été suivies d'examen microscopique; on est d'accord pour reconnaître qu'elle survient ordinairement chez des nullipares, après la ménopause, entre 50 et 60 ans. — Les symptômes sont ceux des autres variétés de carcinome primitif du corps de l'utérus, mais l'évolution est plus lente ; la terminaison est la mort. L'examen de l'auteur, portant sur trois cas, lui a montré la muqueuse et le tissu musculaire du corps très hypertrophiés avec des tendances à l'ulcération ; histologiquement, c'est une tumeur épithéliale présentant très nettement le type glandulaire caractéristique de l'adénome. Plusieurs fois on a noté la métastase viscérale consécutive ; c'est donc une affection tout-à-fait maligne, réclamant un diagnostic précoce, suivi de l'hystérectomie ; mais ce diagnostic est impossible d'après les seuls symptômes et l'exploration physique, qui se retrouvent identiques dans l'endométrite sénile, l'endométrite fongueuse, les polypes muqueux et l'endométrite glandulaire; il faudrait avoir recours à l'examen microscopique des produits de raclage qui, 90 fois sur 100, conduirait au diagnostic. Toutefois, ici encore existent quatre sources d'erreur.

Il est difficile de déterminer si un adénome bénin commence à subir la dégénérescence maligne, ce qui explique les guérisons obtenues après un ou plusieurs curettages ;

2° On a démontré que dans certains cas la guérison survient, bien que le résultat de l'examen histologique fût l'existence d'un adénome malin ;

3° Un polype muqueux peut en imposer pour un adénome malin et néanmoins guérir :

4° Les couches superficielles de la muqueuse obtenues par le raclage, peuvent avoir les caractères d'un adénome bénin, alors que les couches profondes ont déjà subi la transformation maligne ou carcinomateuse.

Dans ces conditions, il vaudrait mieux suivre l'exemple de Martin

qui eut recours à l'hystérectomie dans soixante cas, que le diagnostic fût celui d'adénome bénin ou d'adénome malin.

Hirst, tout en inclinant vers l'avis de Beyea, craint que l'examen microscopique ne conduise à des hystérectomies inutiles. Toutefois, cela vaudrait encore mieux que de méconnaître un adénome malin jusqu'à ce qu'il soit au-dessus des ressources de l'art, lorsqu'une intervention en temps utile aurait pu éviter la mort.

J. C. Da Costa. — Les difficultés du diagnostic sont très grandes, et il est à craindre que, dans le doute, on pratique toujours l'hystérectomie plutôt que de s'en tenir à l'expectation pour surveiller l'évolution de la tumeur.

D. Beyea. — Dans presque tous les polypes muqueux, l'examen microscopique établira le diagnostic ; le seul cas où le doute pourra subsister est celui d'un adénome malin circonscrit. Pour ce qui est de multiplier les hystérectomies, l'auteur rappelle que l'adénome malin est très rare : pendant deux ans de pratique hospitalière, il a fait l'examen histologique de tous les raclages, et n'a recueilli que trois observations.

Herbert Spencer. — *Déciduome malin.* (Brit. med. J., avril, et Semaine gynéc., p. 119, 12 mai 1896).

Jeune Danoise de 27 ans, secondipare ; premiers symptômes, 28 jours après l'accouchement et après des suites normales. Expulsion de masses végétantes, écoulement fétide et sanglant, septicémie et mort 10 semaines et demie après l'accouchement.

A l'autopsie, au niveau de l'insertion placentaire, tumeur utérine gangréneuse, ayant presque perforé la paroi. Végétations secondaires sur le col et les reins, et toutes de même nature, c'est-à-dire caractéristiques du déciduome malin, et ressemblant au sarcome à larges cellules, à type *syncitiale*.

J. De Vos. — *Fibrome, myome, myxome, épithéliome sur le même utérus.* (Annales de l'Institut Ste-Anne, mars 1896, p. 170-76).

Femme de 45 ans, souffrant de métrorragies intermittentes depuis quatre ans et devenues très abondantes, principalement au moment des règles, qui durent huit jours. Dans l'intervalle, pertes muco-purulentes, glaireuses, très abondantes. On constate l'existence d'un polype gros comme une tête de fœtus, sortant de la vulve et en voie de gangrène. Par le palper abdominal, on sent une tumeur irrégulière, dure, mobile, remontant dans le flanc droit jusqu'au niveau du détroit supérieur.

Opération. — On procède d'abord à la myomectomie vaginale. Après ligature et morcellement de la partie qui se trouve en dehors du vagin, on parvient à délimiter le col de l'utérus, qui est dilaté par la tumeur elle-même, et dont la paroi postéro-inférieure gauche est atteinte d'épi-

et on l'introduit directement à nu, au fond du vagin, en contact immédiat avec les parties malades. On sait que ce corps a la propriété, au contact de l'eau, de se transformer en oxyde de calcium et en gaz acétylène. On voit aussitôt bouillonner l'acétylène au fond du vagin. On bourre rapidement le vagin avec de la gaze iodoformée qui retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques. La malade éprouve pendant trois ou quatre heures une sensation de brûlure qui disparaît d'elle-même, et quatre jours après, on enlève le tampon de gaze et on fait un lavage copieux avec une solution de sublimé au millième. Il est nécessaire de détacher avec le doigt ou un instrument mousse les fragments d'oxyde de calcium qui sont inscrustés dans le néoplasme et qui sont entraînés par le lavage.

Le carbure de calcium en applications locales combat les trois symptômes les plus graves du cancer utéro-vaginal : 1° les hémorrhagies ; 2° l'hydrorrhée fétide ; 3° les douleurs. Dès la première application toute hémorrhagie cesse instantanément. De plus les bourgeons néoplasiques se dessèchent et tombent, laissant une surface lisse et unie de ton uniformément grisâtre.

L'acétylène agit comme hémostatique, et la chaux comme caustique : mais les liquides vaginaux hydratent rapidement la chaux vive et limitent son action caustique.

Russell. — *Résultats de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus.* (Semaine gynéc..., p. 78, 7 avril 1896).

Sur quarante-sept malades, quarante ont été opérées par la voie vaginale, trois par l'abdomen, quatre par les deux voies combinées. 5, ou 10 pour 100 sont mortes de l'opération ; 34 pour 100, ou seize, mortes de récidive ; vingt-et-une, ou 44 pour 100, vivent encore ; une est morte d'une maladie de cœur dix-huit mois après l'opération ; de quatre on n'a pas eu de nouvelles. Sur les vingt-et-une survivantes, seize ont dépassé la limite de deux années, attribuée comme durée moyenne de survie sans opération et sont en bonne santé. Pour les seize mortes de récidive, celle-ci est survenue dans les dix-huit mois. L'une des survivantes avait eu, trois mois après, sur la plaie, une récidive qui put être excisée, et la malade se porte bien depuis deux ans et demi. Deux ont eu un cancer secondaire du sein. Neuf avaient de l'adéno-carcinome du corps ; parmi celles-ci, sept vivent encore : l'une depuis cinq ans a succombé à l'opération ; une autre à la récidive, l'opération n'ayant pu être complète. Sur trente-huit hystérectomies pour carcinome du col, quatorze vivent encore, trois depuis plus de quatre ans et quatre depuis plus de trois ans. Les plus grandes chances de récidive s'observent dans les dix-huit premiers mois ; cependant elle est encore à craindre même après quatre ans, et plus probable pour le cancer du col que

pour celui du corps. De ces résultats, il est permis de conclure que l'hystérectomie est une opération légitime, non seulement à titre palliatif, mais encore, dans une bonne proportion de cas, comme traitement radical.

Godart. — *Kyste papillomateux du ligament large.* (Bull. Soc. Belge de Gynéc., n° 3, et Semaine gynéc., 28 avril 1896).

Il s'agit d'une tumeur du ligament large chez une femme de 29 ans, ayant un enfant bien portant. Cœliotomie, large incision de la paroi abdominale ; la tumeur paraît être un kyste multiloculaire du ligament large. Ponction des plus grandes poches, décortication, drainage par le ventre, etc. Guérison.

L'ensemble de la pièce avait le volume d'une tête d'enfant, la partie supérieure était composée de poches kystiques à parois épaisses, renfermant un liquide jaunâtre collant, très riche en albumine. Vers la partie inférieure, les loges kystiques sont plus résistantes. quelques-unes tout à fait remplies par des végétations en choux-fleurs ; en un point déclive, les végétations avaient perforé la paroi kystique et se montraient dans le repli de deux poches voisines. L'examen microscopique a montré d'abondantes cellules épithéliales portées sur une légère trame conjonctive ; ces cellules sont disposées irrégulièrement et affectent un aspect de tumeur maligne. Le pronostic de ces kystes végétants est mauvais quand le papillome a franchi la paroi conjonctive, des fragments papillaires échappés du kyste passent inaperçus et après un temps plus ou moins éloigné survient la généralisation par greffe immédiate de ces particules papillomateuses. — On doit ranger ces kystes papillaires intraligamentaires parmi les tumeurs malignes, la gravité du pronostic paraît en relation directe avec les qualités du liquide. Plus celui-ci est riche en albumine, plus la malignité est grande.

Willis E. Hallowell. — *Tumeur du ligament large provenant d'un débris du canal de Wolff.* (American Journal of Obstetrics. Janv. 1896.)

Jeune femme, nullipare. Bonne santé habituelle. Pas de troubles menstruels.

L'utérus, très petit, est en rétroversion et latéroversion droite. A l'union du corps et du col, à droite, et faisant corps avec lui, se trouve une petite tumeur dure, offrant le volume d'une noix. Les deux ligaments utéro-sacrés sont épaissis ; rien à signaler du côté des annexes.

En quelques mois la tumeur atteint le volume d'une petite orange et on diagnostique un fibrome utérin intraligamentaire.

La laparotomie montre la tumeur fixée contre la paroi de l'utérus par des tractus fibreux très denses ; au niveau de l'orifice interne elle se con-

fond sur un parcours de huit millimètres avec un cordon fibreux, blanchâtre, sans lumière, ayant un diamètre de cinq millimètres.

Ce cordon longe l'utérus de haut en bas et d'arrière en avant jusqu'au plancher pelvien qu'il traverse probablement en s'unissant à l'utérus.

D'après l'auteur, ce serait un débris du canal de Wolff, et le point de départ de la tumeur. Celle-ci est un fibro-sarcome ; comme elle est située dans le ligament large, au-dessous du ligament rond, on l'enlève en respectant l'utérus. Guérison sans complications.

3° Annexes de l'appareil de la génération

Legros. — *Volumineuse tumeur du sein* (Sarcome). (Soc. Med. Bordeaux, 3 mai 1896, p. 197).

Femme de 44 ans qui, à l'âge de seize ans, vit se développer sournoisement une petite tuméfaction à la partie supéro-externe du sein gauche. Cette tumeur était mobile sous les téguments, mais adhérente à la glande; elle atteignait à peine le volume du pouce. De seize à quarante ans, c'est-à-dire pendant 24 ans, cette tumeur reste stationnaire. A cette époque et dans l'espace de trois ans, il se produit successivement trois phlegmons au niveau du sein gauche qui furent incisés, drainés et rapidement guéris. Sitôt après, augmentation considérable du volume de la petite tumeur, qui acquiert rapidement les dimensions d'une tête d'adulte et ulcère la peau. On pratique alors l'amputation du sein, en ville. La tumeur enlevée pesait trois livres; examinée au microscope, elle présentait la structure de l'adéno-sarcome.

Six mois après cette première opération, récidive rapide. La tumeur, énorme, occupe la partie gauche du thorax, depuis l'articulation scapulo-humérale jusque dans le flanc dans le sens vertical et, horizontalement, depuis le sternum jusqu'à cinq travers de doigt de la colonne vertébrale. Une large ulcération en voie de sphacèle en occupe le centre. On ne perçoit pas de ganglions dans l'aisselle.

L'opération est pratiquée le 16 avril. Malgré cette énorme masse, perte de sang très minime. Pas de ganglions. La tumeur, une fois enlevée, pèse 6 kilg. 250 (Sarcome).

J.-W. Nunn. -- *Cancer chronique du sein d'une durée de plus de 30 ans.* (Médecine mod., p. 164, 11 mars 1896).

Femme de 37 ans, n'ayant plus ses règles depuis sept ans. En juin 1862, squirre du sein droit et chaîne de ganglions tuméfiés dans l'aisselle. Ablation du sein au mois de septembre. Quatre ans plus tard, en 1866, elle se plaignit de douleur dans les muscles des bras et dans les doigts, laquelle cessa après peu de temps. Elle fut examinée en 1868 sans découverte de changement nuisible. En 1878,

retour très limité de la maladie au bord supérieur de la cicatrice. Nunn ne la revit qu'en 1893, plus de trente ans après le début de la tumeur. Il y avait alors une augmentation du dépôt cancéreux sous la forme de plaques aplaties marquées de veines et le bras était gonflé. Elle fut alors sous les soins de Andrew Clark comme malade externe au même hôpital, auquel elle cessa de venir quand le gonflement du bras eut disparu. Au mois d'octobre 1895, Nunn vit la malade ; elle était alors robuste et suivait parfaitement son emploi de femme de journée ; au mois de décembre on trouva les tissus de l'aisselle plissés et rétrécis et le bras un peu gonflé sous le coude, mais elle continuait néanmoins son occupation.

Généralités

Boureau. — *Essai de sérothérapie contre le cancer* (Gaz. hebd Méd., 14 sept. 1895).

Boureau a traité sept malades, atteints de cancer, par du sérum d'âne préparé suivant la méthode de Richet et Héricourt. L'animal avait reçu, à quatre reprises, cinquante-cinq centimètres cubes de liquide provenant d'un épithélioma du sein et d'un carcinome.

Le sérum, injecté aux malades après avoir été reconnu absolument stérile, a été recueilli par deux saignées, l'une faite 13 jours après l'injection du suc d'épithélioma et 6 jours après l'injection du suc carcinomateux, et l'autre pratiquée 18 jours après l'injection d'épithélioma et 11 jours après l'injection de carcinome.

Observation 1. — Homme de soixante-six ans. Depuis cinq mois l'amygdale droite a augmenté de volume ; actuellement elle est dure, d'une consistance ligneuse sans bosselures. La déglutition est gênée, engorgement de toute la chaîne des ganglions carotidiens. Diagnostic : cancer de l'amygdale.

Les injections de sérum sont commencées le 20 mai. Elles sont continuées tous les jours à la dose de trois centimètres cubes. Le huitième jour, apparition d'un œdème dur, rouge qui disparaît lentement.

Après quelques jours de repos, les injections sont reprises et continuées.

Le 7 juin, le malade a reçu quatre-vingts grammes de sérum ; l'état général ne s'est pas amélioré, l'amaigrissement a fait de nouveaux progrès, la tumeur a continué à se développer, la déglutition est de plus en plus difficile.

Actuellement, 10 juillet, l'état du malade s'est encore aggravé, la respiration est gênée, le cancer suit sa marche progressive et on peut prévoir la fin prochaine du malade.

Observ. 2. — Homme de vingt-neuf ans. Le malade entre le 24 avril porteur d'une tumeur maligne du testicule développée depuis sept mois. Le cordon est intact.

Le 26 avril, ablation du testicule.

L'examen histologique démontre que l'on a affaire à un sarcome à cellules rondes.

Réunion rapide de la plaie sans suppuration. Le 7 mai, quinze jours après l'opération, on constate une induration du volume d'une noix au niveau de la section du cordon.

Le 15 mai, le cordon est pris en masse dans le trajet inguinal, la récidive est évidente.

Le 21 mai, on commence les injections de sérum, elles sont continuées tous les jours à la dose de trois centimètres cubes. A la dixième injection, œdème dur de la paroi abdominale.

Le 4 juin on constate que l'induration siégeant à l'extrémité du cordon a diminué d'une façon sensible, mais l'empâtement siégeant à la partie supérieure a plutôt augmenté. Le malade a déjà reçu quatre-vingt-quinze centimètres cubes de sérum.

Le 13 juin, le malade a perdu deux kilogrammes, depuis le commencement du traitement qui néanmoins est continué.

Le 1er juillet, la tuméfaction siégeant dans la fosse iliaque a pris un volume énorme, sa consistance devient très molle.

Le 10 juillet, elle a le volume du poing.

Il est évident que le sarcome suit sa marche progressive.

Observ. 3. — Homme de cinquante-neuf ans, présente tous les signes cliniques d'un cancer du rectum. La tumeur siège au-dessus du sphincter, remonte trop haut pour qu'on puisse songer à une intervention chirurgicale.

Les injections de sérum sont commencées le 20 mai à la dose de trois centimètres cubes.

Dès la troisième injection le malade accuse une diminution des douleurs, les empreintes sont moins vives, la sécrétion sanieuse qui recouvre les gardes-robes est moins abondante.

A la cinquième injection, apparition d'une éruption d'urticaire très intense généralisée, perte d'appétit, fièvre légère. On suspend pendant quelques jours les injections.

Elles sont reprises en laissant entre elles un intervalle de deux jours.

L'urticaire ne reparaît plus.

Le 20 juin, hémorrhagie rectale abondante qui se renouvelle pendant deux jours.

Le 1er juillet, par le toucher rectal, on constate que la tumeur n'a subi aucune modification. Les douleurs ont réapparu, cependant la sécrétion sanieuse semble toujours moins abondante.

En résumé, après une période d'une amélioration légère le malade

se trouve malgré la persistance du traitement dans le même état qu'avant les injections.

Observ. 4. — Femme de trente-quatre ans, opérée en 1892 d'un cancer du sein, récidive en septembre 1894 dans les ganglions sus-claviculaires et axillaires, compression des vaisseaux et du plexus brachial, douleurs vives, œdème énorme du bras et de l'avant-bras.

Le 25 mai, on commence les injections dans la région pectorale à la dose de trois centimètres cubes.

A la huitième injection, apparition d'un œdème dur rouge accompagné de fièvre et de perte d'appétit.

On suspend les injections. Tout rentre dans l'ordre et on constate une amélioration. L'œdème est moins considérable qu'avant le début des injections, les ganglions ont légèrement diminué de volume, néanmoins la malade a maigri.

Les injections sont reprises et continuées avec intervalle de deux à trois jours. A chaque injection l'œdème rouge reparaît.

A l'époque actuelle (7 juillet), le bénéfice qui semble acquis est une diminution de l'œdème et des douleurs. L'état général ne s'est pas amélioré.

Il semble cependant que la récidive qui marchait rapidement a subi un temps d'arrêt.

Observ. 5. — Femme de cinquante-quatre ans, cancer du sein opéré le 27 mai, ablation totale du sein. La réunion par première intention ne se fait que partiellement. La partie inférieure de la plaie suppure. Le 15 juin, on constate à la partie inférieure de la cicatrice une induration volumineuse. La peau est adhérente, chagrinée ; la récidive est évidente.

On commence les injections de sérum, et dès la troisième, la suppuration se tarit. A la sixième, la plaie est fermée, l'induration a diminué d'une façon très notable.

Les douleurs ont disparu.

L'amélioration, malgré la continuation du traitement, s'est arrêtée à ce degré et la malade présente actuellement une induration moins volumineuse mais d'un aspect nettement spécifique.

Observ. 6. — Femme de quarante-six ans, opérée, il y a six ans, d'une tumeur maligne du sein ; récidive au bout de deux ans sous forme d'une tumeur dure, du volume d'un œuf de poule, adhérente à la troisième côte.

Douleurs vives, ganglions axillaires volumineux, durs. La malade présente de l'oppression à la marche, en arrière et en avant du même côté que la tumeur, submatité et diminution du murmure vésiculaire.

Le 29 mai, on commence les injections et on les continue tous les jours à la dose de trois centimètres cubes. L'œdème qui apparaît à la sixième injection est relativement peu considérable.

Le 20 juin, la tumeur a diminué de près de moitié. Les douleurs ont presque disparu, — la malade accuse un mieux notable ; cependant les ganglions sont restés aussi volumineux.

Actuellement, 10 juillet, l'amélioration a persisté, la marche de la récidive semble enrayée ; on continue les injections, mais on ne peut prononcer le mot de guérison, car les ganglions axillaires sont dans le même état.

Observ. 7. — Homme de cinquante-sept ans, opéré en octobre 1894, d'un cancer de la langue. Diagnostic : tumeur épithéliale de mauvaise nature.

Récidive et nouvelle opération le 17 novembre.

En février 1895, nouvelle récidive atteignant la partie supérieure du larynx et envahissant les ganglions sous-maxillaires.

En mars, on est obligé de trachéotomiser le malade qui porte sa canule depuis cette époque.

Les injections de sérum sont commencées le 20 mai.

Dès la quatrième injection, la sécrétion purulente qui nécessitait le nettoyage de la canule douze ou quinze fois par jour diminue et disparaît, un seul nettoyage matin et soir est nécessaire.

La respiration devient plus facile. A la huitième injection, apparition d'œdème étendu dans toute la région, plaques d'éruptions polymorphes sur les jambes, fièvre légère, perte d'appétit.

Ces symptômes s'amendent et après une suspension de quelques jours on reprend les injections à courts intervalles.

Le 17 juin, le malade est très amélioré. On peut obturer la canule pendant des journées entières. Le malade peut parler, l'ascension d'un escalier se fait facilement. Les ganglions semblent avoir légèrement diminué de volume.

Actuellement, 10 juillet, la respiration est toujours plus facile, la parole libre, les sécrétions purulentes de la trachée n'ont pas reparu. Mais c'est le seul bénéfice acquis, car les ganglions ont de nouveau non seulement repris leur volume primitif mais ont augmenté et l'état général du malade est moins bon. Le cancer suit sa marche progressive.

Tous ces malades ont reçu une égale proportion des sérums provenant des deux saignées.

Dans la première période du traitement, les injections ont été faites autour des néoplasmes.

Dans la seconde période on a encore plus éloigné les piqûres du siège de la tumeur.

Chez tous les malades on notera l'apparition vers la septième ou neuvième injection d'éruptions accompagnées d'œdème dur rouge, parfois considérable, accompagnée d'élévation de la température et de perte d'appétit.

Ces phénomènes plus ou moins intenses disparaissaient assez rapi-

dement, n'ont jamais donné lieu à des abcès, chez quelques-uns ne reparaissaient plus malgré la reprise des injections, chez d'autres revenaient plus ou moins violemment à chaque injection.

Si on examine de près les observations précédentes on constate que les deux cas où les améliorations ont manqué et où l'insuccès a été complet (cancer de l'amygdale, observation 1 et cancer récidivé du testicule, observation 2), sont précisément les tumeurs dont l'évolution antérieure avait été excessivement rapide.

Par contre, l'amélioration la plus nette et la plus persistante est constatée dans l'observation 6, dont le néoplasme avait eu l'évolution la plus lente. L'opération datait de six ans, la récidive n'était apparue que quatre ans après une marche peu rapide.

Il y a là une note nettement défavorable pour le sérum anti-cancéreux.

Un fait remarquable à noter chez trois malades (observations 3, 5 et 7), c'est la disparition rapide et persistante dès la troisième ou quatrième injection des sécrétions purulentes.

En résumé, même dans les cas où les améliorations ont été les plus notables, on n'a jamais assisté à une régression et à une disparition réelle des tumeurs.

La conclusion qu'imposent ces faits est que le sérum d'âne injecté de suc cancéreux n'a pas d'action spécifique contre le cancer et qu'il ne produit que des améliorations quelquefois notables il est vrai, mais d'un caractère plus ou moins transitoire.

Petersen. — *Observations cliniques sur la bactériothérapie des tumeurs malignes.* (Soc all. chir. et Bulletin méd., 17 juin 1896).

On sait qu'un érysipèle intercurrent peut avoir une heureuse influence sur les tumeurs malignes et, en particulier, sur les sarcomes. C'est pourquoi Fechleisen a tenté de guérir ces tumeurs en leur inoculant un érysipèle. Comme ce procédé est fort dangereux, on a cherché à isoler des cultures bactériennes les principes actifs.

Il faut distinguer deux méthodes de traitement, celle par le sérum et celle par les toxines. Pour le traitement par les toxines, on s'est servi soit des cultures pures, soit des cultures mixtes de streptocoques et de bacillus prodigiosus. L'effet est variable suivant la méthode employée pour les injections. A la suite d'injections parenchymateuses de cultures mixtes stérilisées, on voit la température s'élever, le pouls s'accélérer ; on observe des frissons, en un mot le tableau d'une intoxication aiguë. Après une injection unique, les malades se rétablissent rapidement ; si le traitement se prolonge, ils maigrissent beaucoup. L'action des cultures de streptocoques stérilisées est bien plus forte ; celle des mêmes cultures filtrées un peu moins forte ; les cultures de bacillus prodigiosus filtrées sont presque sans effet ; l'accoutumance ne se produit que pour les cultures de streptocoques stérilisées.

Petersen a traité par cette méthode dix carcinomes et dix sarcomes, et le nombre des injections faites à chaque malade a varié de dix à soixante. Dans un cas de sarcome de la région parotidienne, il se fit une régression très nette qui se maintint pendant une demi-année, mais dans aucun autre cas l'effet n'a été aussi satisfaisant.

Dans la moitié environ des cas de sarcome, il s'est produit des ramollissements limités ou une diminution de volume de la tumeur, mais d'une manière transitoire. L'examen microscopique a montré que les injections amenaient un œdème local, et une dégénérescence graisseuse des cellules néoplasiques ; seules les cultures stérilisées de streptocoques amenaient une inflammation vive. Il n'y a pas lieu d'admettre une relation de spécificité entre les cultures de streptocoques et l'agent pathogène des tumeurs. Le sérum anticancéreux d'Emmerich a donné des résultats encore moins satisfaisants.

Pour le carcinome, les résultats ont été absolument nuls.

Ce traitement n'est pas sans dangers. On a observé des accidents d'intoxication, un cas de mort par le cœur, l'extension périphérique du mal et la formation de néoplasies secondaires.

En résumé, dans le cancer la bactériothérapie et la sérumthérapie ne donnent même pas des espérances ; dans certains sarcomes, qu'on ne peut pas préciser, de bons résultats sont possibles.

— Rosenberger a obtenu de bons résultats avec le sérum d'Emmerich dans un cas de sarcome multiple à cellules rondes. Il faut faire des tentatives dans les cas inopérables.

— Senger rapporte l'histoire d'une femme de soixante-cinq ans à qui on dut pratiquer la résection de l'épaule pour un sarcome. La tumeur se reproduisit, envahit la paroi antérieure de la poitrine et devint grosse comme une tête d'adulte. On y fit des injections de violet de méthyle suivant la méthode de Mosetig-Moorhof. Au bout de la dixième, il se développa un érysipèle : la tumeur se ramollit et une incision fit sortir du pus. La malade guérit et cette guérison se maintient depuis six ans.

Encouragé par ce fait, Senger a fait des essais avec des cultures atténuées de streptocoque érysipélateux. Il n'a eu aucun résultat pour le carcinome. Pour le sarcome, il a obtenu des améliorations, mais aucune guérion. Il faut cependant persévérer dans la voie que la clinique nous a ouverte.

— Riedel dit qu'il y a des tumeurs pseudo-leucémiques qui peuvent en imposer pour des sarcomes et qui pourraient être publiées comme des cas de sarcomes guéris.

Jurgens. — *Recherches expérimentales sur l'étiologie du sarcome.* (Soc. all. ch. et Médecine mod., 17 juin 1896, p. 389).

Il est démontré qu'on peut produire chez les animaux des formes de sarcome semblables à celles qui ont servi à l'inoculation ; on se sert

simplement des tumeurs prises sur des cadavres ; ces tumeurs se produisent dans plusieurs séries d'animaux en expérience mais avec une atténuation progressive.

Quant au micro-organisme qui doit être considéré comme le vecteur de la maladie, il s'agit ici de protozoaires dont les zoologistes connaissent très peu les conditions vitales. On ignore encore les formes qui donnent lieu à la production du sarcome, tout ce que l'on sait c'est qu'il existe certainement des formes de sarcomes dues aux maladies infectieuses.

Jurgens a procédé de même avec le sarcome mélanosique et produit une tumeur caractéristique 14 jours après l'inoculation sur le mésentère d'un lapin ; on trouvait de petits corps brunâtres avec prolifération cellulaire de tissu conjonctif dans le voisinage. Il n'a pas pu provoquer une autre tumeur mélanosique secondaire par d'autres inoculations, ce qui permet de croire que le corps protoplasmique pigmenté est très facile à atténuer et perd son intensité, la métamorphose graisseuse rapide des tumeurs est très remarquable et survient comme chez l'homme. Elle se produit à la suite de l'atténuation ou de la mort du germe pathogène.

Jurgens a expérimenté ensuite avec l'épithéliome contagieux de la poule. Certains croient que cette maladie qu'on observe aussi chez l'homme n'est pas de nature parasitaire. Mais Jurgens s'est fait lui-même une inoculation au pouce droit en inoculant des poules ; la tumeur qui s'était développée n'a pu guérir qu'au bout de 8 semaines par une forte solution de sublimé.

L'examen microscopique a montré une invasion de grégarines qui émigrent dans toutes les cellules. Chez l'homme l'épithélioma contagieux passe pour inoffensif. Chez la poule il est souvent mortel parce que les grégarines envahissent le larynx et l'œsophage, puis pénètrent dans le sang et donnent lieu à la pleurésie et à la péricardite.

— Goldmann a présenté des préparations d'où il résulte que les tumeurs malignes, avant de se propager par les voies lymphatiques, traversent les petits vaisseaux et se propagent ainsi rapidement dans le corps. Il a trouvé trois types de ce passage :

1° L'irruption brusque dans une petite veine, la cellule se trouve libre dans la lumière de la veine, il n'est pas nécessaire qu'il y ait une thrombose ;

2° L'irruption indirecte est plus fréquente, la cellule adhère à la paroi externe des vaisseaux, il se produit une prolifération épithéliale et la paroi se rompt ;

3° Il se forme d'abord une thrombose qui plus tard est envahie par les cellules cancéreuses. On connaît bien les irruptions du carcinome dans les grosses veines, mais jusqu'à présent on ignorait que les premiers phénomènes ont pour siège les petites veines.

E. Lambotte. — *Les antécédents des cancéreux.* (Le Scalpel, 14 juin 1896, p. 335).

Lambotte vient de publier (Soc. méd. chirur. du Brabant) les résultats personnels d'une enquête qu'il a faite chez 30 cancéreux, relativement à des antécédents purulents.

Cette enquête a porté sur des malades actuellement en traitement et porteurs de tumeurs malignes avérées ; elle a été faite avec la plus grande rigueur chez des sujets intelligents et s'il y a un nombre limité de cas, en revanche il y a la qualité des cas qui rend les résultats de ces recherches plus probants. Lambotte a considéré comme antécédents purulents les phlegmons, abcès, anthrax, panaris, furoncles et même les simples « clous ». Pour avoir un point de comparaison, il a fait des recherches parallèles sur les antécédents purulents d'un nombre égal d'individus bien portants. Voici les résultats de cette double enquête :

Sur 30 sujets *non cancéreux*, 24 ont des antécédents purulents, soit 80 p. 100.

Sur 30 sujets *cancéreux*, 27 sont dépourvus de tout antécédent, soit 90 p. 100, et 3 ont des antécédents purulents.

L'auteur admet en conclusion cette proposition : Les accidents purulents ne figurent que rarement parmi les antécédents des sujets atteints de tumeur maligne. Il tend à admettre que le fait d'avoir été atteint d'une collection purulente rend inapte à contracter un néoplasme malin, parce que ces collections exerceraient une sorte d'action vaccinale à l'égard de la néoplasie maligne. L'individu atteint de collections purulentes serait l'analogue de l'animal saturé de toxines pyogènes.

L'abcès est une tumeur, un leucocythome, et cette conception est conforme à la notion d'un antagonisme entre lui et la néoplasie carcinomateuse.

Arloing et Courmont. — *Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome.* (Bull. Acad. de méd., p. 537, 12 mai 1896.

1° Les injections de sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome, pratiquées chez l'homme au voisinage des tumeurs malignes, sont incapables à elles seules d'amener la disparition de ces tumeurs ou même d'empêcher leur généralisation et l'issue fatale de l'affection ;

2° Elles peuvent cependant être utiles en entraînant une diminution momentanée du volume des tumeurs, probablement par une régression de la zone inflammatoire périphérique. Cette action peut être l'origine d'une guérison en rendant opérable une tumeur inopérable avant les injections. Le plus souvent elle fera momentanément disparaître les symptômes de compression, douleurs, œdèmes. L'évolution générale de l'affection sera parfois enrayée pour quelques semaines ;

3° Le sérum d'âne ainsi préparé nous a paru contenir des substances toxiques qui n'existent pas à égale quantité dans le sérum d'âne normal. Ces substances s'accumulent dans l'organisme ou prédisposent celui-ci, de sorte qu'à un moment donné elles engendrent (au moins chez les cancéreux) des symptômes réactionnels (œdème, purpura, éruptions diverses, etc.) au niveau des piqûres ou même à distance. Ces symptômes apparaissent après la cinquième injection en moyenne et à un délai d'autant plus rapproché de la piqûre qu'on avance davantage dans le traitement ; ils disparaissent au bout de quelques heures ou quelques jours. Ils s'accompagnent fréquemment de symptômes généraux (élévation de température, anorexie, insomnie, etc). Vers la cinquième injection les malades refusent de continuer le traitement ;

4° Nous avons obtenu avec le sérum d'âne normal la même diminution de volume des tumeurs, sans jamais observer des réactions comparables aux précédentes au niveau des injections ;

5° Nous pensons, en conséquence qu'on peut tenter des injections sous-cutanées de sérum au voisinage des tumeurs inopérables lorsque celles-ci pourraient devenir opérables après libération des parties avoisinantes ou lorsqu'elles s'accompagnent de douleurs ou d'œdèmes dus à la compression.

Le sérum d'âne normal sera employé de préférence au sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome et l'usage serait suspendu pour être repris au besoin, dès que les réactions locales présentent une intensité qui fatigue les malades.

Quenu et Longuet. — *Du cancer secondaire de l'ombilic et de sa valeur séméiologique.* (Rev. de chir., 10 fév. 1896, p. 97).

Les auteurs ont recueilli quarante-huit cas de cancer de l'ombilic. De leur étude il résulte que le cancer primitif est beaucoup moins fréquent que le cancer secondaire (un contre neuf) ; ce dernier accompagne le plus souvent un cancer des viscères, et c'est principalement chez la femme qu'on le rencontre ; on l'a, en effet, relevé dans la proportion de 70 pour 100 des cas observés.

En ce qui concerne la pathogénie du cancer secondaire, il est reconnu que sa propagation peut se faire de deux façons : Ou bien il y a envahissement par continuité, de proche en proche ; c'est ce qui a lieu, lorsque le néoplasme primitif occupe l'un des viscères voisins de l'ombilic, ou lorsqu'il fait hernie à travers la cicatrice ombilicale distendue. Ou bien c'est par une embolie cancéreuse, suivant le trajet des lymphatiques, que se fait la propagation. Les rapports, entre eux, des lymphatiques du tube digestif du foie et de la région ombilicale expliquent bien le développement du foyer secondaire.

Cliniquement, le cancer secondaire se révèle par l'existence d'une induration en plaque ou en disque plus ou moins étendue et

fixe dans le sens vertical ou d'une tuméfaction, d'aspect fongueux et végétant et pouvant donner lieu à des hémorrhagies. Une disposition particulière de ce cancer est la disposition bilobée, en bouton de chemise, dont le point rétréci correspond à l'anneau fibreux ombilical.

D'un pronostic toujours et rapidement fatal, ce néoplasme est, en général, facile à diagnostiquer. Mais, s'il est aisé de ne pas le confondre avec les affections de la région, il est souvent fort difficile de savoir si l'on a affaire à un cancer secondaire ou à un cancer primitif. C'est cependant un point important à élucider, car la conduite thérapeutique en dépend. On sait en effet que, dans le premier cas, il ne peut être question d'intervention et qu'on est réduit à ne faire usage que de la médication palliative. Lorsque, au contraire, il s'agit d'un cancer primitif, il est indiqué d'en faire l'ablation, à moins qu'il n'y ait contre-indication provenant d'une généralisation ganglionnaire. En cas de doute l'omphalectomie pourra encore être tentée, dût-on être amené, pour soulager le malade, à pratiquer une anastomose gastro-intestinale.

Blanc. — *Chondro-sarcome de l'éminence thénar.* (Loire méd., 15 mars 1896, p. 55).

Femme de 41 ans, sans antécédents pathologiques. Il y a 16 ans, à la suite d'un mouvement forcé du pouce gauche, apparition, à la partie supérieure et externe de l'éminence thénar, d'une petite tumeur dure et indolente, dont le développement s'est fait progressivement depuis cinq années, sans autre trouble fonctionnel qu'un peu de gêne dans les mouvements du pouce.

Actuellement le néoplasme a le volume d'un œuf de dinde et occupe la région thénar tout entière. Du côté interne elle est bien limitée ; du côté externe, la ligne d'implantation est moins régulière la tumeur empiète sur le dos du premier métacarpien et de la première phalange du pouce, jusqu'à l'articulation phalango-phalangienne. Mais seules, les parties molles semblent envahies ; les mouvements du pouce sont tous conservés et non douloureux ; prise en masse, la tumeur est douée d'une certaine mobilité sur les parties profondes.

La peau, considérablement distendue, est amincie, réduite à une mince couche épidermique, sa température est notablement plus élevée que du côté opposé. Au palper, on a une sensation de mollesse spéciale. Au centre, existent quelques points d'une dureté cartilagineuse. La tumeur, douloureuse à la pression, est bosselée.

Aucun ganglion, ni épitrochléen, ni axillaire.

Ablation de la tumeur ; masse molle, sarco-myxomateuse à la périphérie, et au centre quelques noyaux cartilagineux, très durs, que le bistouri entame avec peine. Toutes les parties molles de la région sont

infiltrées ; muscles amincis, aplatis, décolorés, atrophiés ; le squelette est entièrement sain.

Guérison un mois et demi après l'opération.

Chavannaz. — *Epithélioma développé sur une cicatrice de brûlure.* (J. méd. Bordeaux, p. 126, 22 mars 1896).

Observation d'un homme de 45 ans, portant depuis l'enfance une cicatrice de la face dorsale du poignet consécutive à une brûlure. En 1886 fissure de cette cicatrice, puis ulcération à marche lente de nature épithéliomateuse ; en 1893, ablation et autoplastie par la méthode italienne ; guérison trois mois après.

Thèses et Brochures.

Petit de Régis. — *De quelques points relatifs à la récidive, et aux voies suivies par la généralisation des cancers du sein chez la femme.* (Thèse. Paris, décembre 1895).

Pour expliquer la marche des récidives des cancers du sein, deux théories se trouvent en présence. L'une, qui prit naissance après la découverte des lymphatiques, veut que cette propagation se fasse exclusivement par cette voie ; l'autre, plus ancienne, n'admet guère que la voie sanguine pour expliquer la succession et la marche des différentes localisations cancéreuses, comme mode de généralisation.

Le premier mode de transmission est aujourd'hui universellement reconnu, et il serait superflu d'en discuter la réalité.

Quant à la seconde théorie, elle ne manque pas de justesse, et peut seule expliquer certains faits d'autopsie.

La généralisation d'un néoplasme du sein peut se faire :

1° Par le réseau lymphatique en suivant :

a). La voie axillaire correspondante ;
b). La voie sus-claviculaire ;
c). La voie sous-sternale ;
d). Quelquefois la voie axillaire du côté opposé.

2° Par la voie sanguine, en se localisant :

a). Dans la pie-mère ;
b). Dans le système osseux ;
c). Dans le névrilemme de certains nerfs, en particulier le sciatique.

3° Dans certains cas, l'absorption des toxines cancéreuses paraît pouvoir donner naissance à des troubles trophiques dont le zona est une des manifestations les plus fréquentes.

L'intervention chirurgicale extrêmement large dans les cancers du sein, non seulement est justifiée, mais encore donne des résultats très appréciables ; décisifs dans un tiers, et temporaires dans deux tiers environ des cas ; même s'il y a récidive et généralisation, elle assure une survie moyenne de un ou deux ans par rapport aux résultats de la non intervention.

Tel est le résumé de cette intéressante monographie conçue et présentée dans un esprit essentiellement clinique et pratique.

J. Lucciardi. — *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.* (Thèse de Bordeaux, n° 48, 1895).

L'auteur n'a principalement en vue que les tumeurs malignes de la vessie. Il montre les résultats peu favorables que l'intervention immédiate a donnés jusqu'à ce jour. Aussi n'est-il partisan que des opérations tardives, quand les circonstances le commandent. Encore faut-il ajouter que même, dans ces cas, l'intervention (extirpation avec ou sans résection de la vessie) est souvent suivie d'insuccès. En effet « le siège occupé par les tumeurs qui se » trouvent le plus souvent dans le bas-fond, le trigone, aux » environs des uretères et du col, leur mode d'implantation, surtout » sensible avec infiltration des parois vésicales, les difficultés » opératoires dans ces régions déterminent facilement des blessures » du péritoine, suivies d'infection, la récidive presque sûre dans » toutes les tumeurs, avec généralisation aux ganglions, expliquent » ces résultats.

» D'un autre côté, la lente évolution des tumeurs vésicales, » dans la grande majorité des cas sans accidents, engage l'opérateur » à instituer une thérapeutique expectative, ne devenant curative » jusqu'à un certain point que lorsque des accidents graves » surviennent. »

Q. Scémana de Giallouly. — *Traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées.* (Thèse de Paris, 1895, n° 36).

Après avoir énuméré les différents traitements médicaux et chirurgicaux essayés contre le cancer, et rappelé l'impuissance de chacun d'eux, l'auteur examine les résultats obtenus par les injections chimiques (acides acétique, chromique, salicylique, chlorhydrique, chlorure de zinc, etc.), et par les injections de liquides organiques. Il conclut ainsi :

Aucun cas de guérison n'a été obtenu soit par les injections de liquides chimiques, soit par celles de liquides organiques ;

Ces injections peuvent avoir quelques avantages dans les cas inopérables, comme palliatifs ;

Les injections qui ont donné le meilleur résultat et qui offrent le moins de danger, sont les injections d'alcool.

Nous dirons donc que toutes les fois que l'on voudra produire l'arrêt d'un écoulement fétide, un certain durcissement de la tumeur, en même temps qu'un effet psychique sur un malade inopérable, on devra chercher l'injection qui donnera ces résultats avec les minimums de douleur et de danger.

On pourra réaliser ce désir par une injection d'alcool.

G. A. Marzin. — *Du sarcome mélanique de la conjonctive et des paupières.* (Thèse de Bordeaux, 1895.)

Le sarcome mélanique de la paupière est fort rare ; on n'en connaît en effet que cinq observations dues à Gibson, Richet, Gallenga, Gillette et Lagrange ; le sarcome de la conjonctive est plus fréquent. Ce dernier prend naissance à l'union de la cornée et de la sclérotique ; celui de la paupière dans le tissu sous-conjonctival.

Cliniquement, il évolue tout d'abord très lentement et la tache noire du début n'arrive que progressivement à former une tumeur noirâtre, de volume variable, pédiculée ou non, lisse ou bosselée qui, un jour, constitue une gêne ou une difformité telle que les malades se décident à consulter.

Le diagnostic de ce sarcome, qui doit être bien distingué de que l'on a appelé la fausse mélanose, dont la couleur provient de la matière colorante du sang, est en général facile même d'avec l'épithélioma qui forme une tumeur rougeâtre bosselée, à surface excoriée. Son pronostic, tout en étant sérieux, ne l'est pas autant que celui des tumeurs intra-oculaires. Il peut être combattu et, s'il récidive, c'est sur place ; la généralisation est des plus tardives. La tumeur devra être extirpée si elle augmente de volume ; et si elle vient à récidiver, on pratiquera l'énucléation de l'œil.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1896.

Appareil de la locomotion

BALDWIN. — Central sarcoma of the femur with e arly dissemin. (Clin. Soc. of Lond., mars 22. — BRIGGS (C.). Excision of right haff of infer. maxillary for myeloid sarcoma (Nashv. J. M. & S., LXXIX, 19). — Periosteal sarcoma of lewer jaws., excision (Id., 16-19). — CLARK (H. E.). Amputation of the scapula for sarcoma. (Glasg. M. J., XLV, 1-5). — DUPLAY (S.). Ostéo-sarcome de l'humérus ; fracture spontanée (Presse Méd., 14 mars, 129). — GOULAY. Osteosarcoma of tibia (Soc. of alumni of Bell. Hosp., juin 8). — HALL (G.). Renoval of the scapula with whole of the right upper extremity for sarcoma (Ind. M. Rec. Calc., X, 10). — HEATH (C.) A case of osteosarcoma of both upper jaws ; renoval (Brit. Dent. Sc. Lond., XXXIX, 49-5[illegible]). — HENNEBERT. C..... épithélial du temporal (Policl. Bruxelles, 15 avril, 565). — JOHNSON (A.). Sarcoma of the scapula (Soc. of al. of Bell. Hosp. janv. 8). — LEPLAT. Ostéosarcome du fémur ; désarticulation. (J. Sc. M. Lille, 11 avril, 345). — LOHÉAC. Ostéosarcome du radius chez un enfant de 7 ans (Id., 2 mai, 425). — M[e] BURNEY. Sarcoma of radius ; amputation (Ann. Surg. Phil. XXIII, 181-183). — PHELPS (Ch.). Osteosarcoma of the tibia (N.-Y. M. J., 21 mars, 378). — SHATTOCK. Chondrofyny sarcoma followny fracture (Path. Soc. of. Lond., 21 avril). — WIESINGER. Myologenen osteosarkoms (Aerz. ver. in Hamb., feb. 25).

Appareil de l'innervation

ABBE (R.). Sarcoma of skull treated surgecally und by toxins (Ann. Surg. Phila., XXIII, 177). — ANTONINI. Un caso di gliosarcoma del ponte (Bol. d. Soc. M. prov. d. Bergamo, 1895, VI, 75) — ASCHENBACH. Ein fall von orbitalem melanosarcom (Arch. f. path. anat. Berlin. CXL, 324). — BAILEY (P.). Deux observ. de tumeurs de la moelle (J. of. New. a. Ment. dis., mars). — BALLANCE (Ch.). A case of neoplasm cyst. of brain treated by operation (R. M. a chir. Soc., 10 mars). — BERNHEIM. Tumeur du cerveau (Soc. M. Nancy, 11 mars). — BOUVERET (L.). Ramollissement et tumeurs cérébr. (Lyon Méd., 5 avril). — BROCA ET MAUBRAC. Trait. chirurg. palliatif des tumeurs cérébrales (Arch. g. Méd., février). — BRUNS (E.). Gehern tumoren (Encyc. Jahrb., V, 2, t. 825). — BRUNS (L.). Ruckenmarks tumoren (Ebenduschst, 38, s). — BURR (C. N.). Exhibition of brain with tumor (J. New & Ment. dix. N.-Y. XXIII, 46). — CANTIERI (A.). C... primitivo del cervello (Rif. M. Nap. 1895, I, 586). —

Collins (J.). Tumor of the medulla (J. New & Ment dis. N.-Y., XXIII, 127). — Czerny. Epilepsie jacksonienne par sarcome du cerveau (Soc. M. Heidelberg av.). — Gesélévitsch et Vanach. Tumeur du cerveau (Boln. gaz. Botk. St-Pét., 1895, 13, 305). — Jogichess (A. O.). Tumeur du cerveau (Id., 40, 889). — Kolotinsky. Sarcomatose multiple du syst. nerveux central (Nevrol. viest. St-Pet., 1, 63-71). — Kronlein. Trait. opératoire des tumeurs cérébrales (Beit. J. kl chir. XV, 1). — Leguru et Marien. Fibro-sarcome des nerfs (Soc. anat. Par., mars 27). — Lewis (W.). Notable sclerosi induration of left hemisphere (Clin. Sketele Lond., 111, 7-9). — Nicholls. Tumour involving the left cerebral cortex (Montr. M. J., mars, 870-75). — Pitt et Lane. Cranial cyst. of sarcomatous orig. (Clin. Soc. of Lond., avril 10). — Ribalkine. Compression de la moelle par une tumeur (Vratch. St-Pét. 1895, 17, 488). — Taylor (E. W.) Two cases of tumor of the brain (Bost. M. & S. J., 134, 5, 7, 60). — Vorotinsky (B. S.). Des tumeurs du pont de varole (Vratsch., 3, 89).

Appareil des sens spéciaux.

Chavannaz. Epithélioma sur une cicatrice de brûlure (J. M. Bordeaux, mars 22, 126). — Clarke (E.). Sarcoma of choroid (Oph. Soc. of Univ. kingd, mars 12). — Guibert. Sarcome mélanique de la paupière (Soc. franç. d'opht. Par , mai 7). — Gruber. C... of the ear (Aust. Otol. Soc., 1895, oct. 24). — Haring. Sarcome des fosses nasales (Soc. Path. de Manch. feb. 12). — Kaposi. Tumeur sarcomateuse de la peau (Soc. Méd. Vienne, feb. 28). — Lagrange. Pseudo-gliome de la rétine (Soc. franç. opht. Par., mai 4). — Legrain et Parrusset. Sarcome du creux poplité sur une cicatrice de brûlure (Ann. d. dermat. Par., 3e s., VII, 67). — Legrain et du Bourguet. Deux cas de sarcome primitif de la peau (Ann. d. derm. Par., id., 66). — Marzin (G. A.). Du sarcome mélanique de la conjonctive et des paupières (Thèse Bordeaux, 1895). — Milligan. Sarcomato of the ear (Manch. path. Soc., mars 11). — Morax (V.). Troubles oculaires dans un cas d'épithél. du sinus sphénoïdal (Soc. fr. d'oph. Par., mai 6). — Panas. Sarcome choroïdien de la région de la macule (Acad. Méd., juin 9, 634). — Pospieloff (A. S.). Arsenic dans le trait. des sarcomes de la peau (Bibl. vrat. Mosc. 1895, 124, n. 12). — Ridley (J.-B.). Orbital tumour (Brit. M. J. Lond.. feb. 15, 397). — Rochliffe. Sarcoma of orbit. (Oph. Soc. of Univ. kingd, mars 12). — Rolleston. Epitheliomatous tumours of ear. (Path. Soc. Lond., mars 17). — Snell (S). Alveolar. C.... of upper cyclid (Oph. Soc. of Univ. kingd., janv. 30). — Trapesnikoff. Sarcomes multiples hémorr. de la peau (Soc. d. derm. St-Pét.). — Sarcomes idiopath. pigmentaires de la peau (Médit., 1895, 38, 502).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique du tube digestif

BRIDDON (C). Extirpation of c.... of tongue (Ann. Surg. Phil., XXIII, 193). — CARYNE (W.). C.... of the mouth hnd throat. (Brit. M. J. Lond., feb. 22, 449-54). — DAWBARN. Ligation of both external carotid for naso-pharyngeal sarcoma (Ann. Surg. Phil., XXIII, 189-192). — DEAN. Sarcome du voile du palais (Médec. Mod., avril 29, 277). — FROELICH. Gastropexie et rétrée. c.... de l'œsophage (Rev. M. de l'Est, mars 15). — GALLIARD. Complication du C..... de l'œsophage (Médec. Mod. Par., 41, 321). — LEDOUX. C..... de la langue (J. d. Sc. M. Lille, avril. 333). — LOUNINE. Deux cas de tumeurs malignes naso-pharyng. chez les enfants (Trondi obcht. diet. Vrat. St-Pet. 14-47). — M° BURNEY. Un recurrence of c.... of tonsils three years after. operat. (Med. Rec. N.-Y., XLIX, 204). — NEWMAN C.... of the tonsil. and. soft palate (Laryng. Soc. Lond., janv. 8). — O'CONOR. C.... of the Tongue (N.-Y. M. J., apr. 18, 511-12). — OGLE (C.). Sarcoma of the œsopharyn. (Path. Soc Lond., mars 17). — PERKINS (G. V.). Sarcoma of the tongue (Ann. of Surg. Phil., mars, 585-90). — PITT. Œsophageal epithelioma (Path. Soc. Lond., janv. 1). — PURSER. C.... of the liver (R. Ac. of Med. in Vrel. janv. 3). RAZETTI. Epithélioma de la bouche (Soc. Méd. et Chir. de Caracas, 1895, déc. 30).

2° Partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

ARMSTRUNG. C... of the rectum (Montr. Med. Ch. Soc , mars). — CAPDEPON. C... primitif du cardia (J. M. Bordeaux, mars 22, 126). — CHALOT. Extirpation du C... du rectum par la voie abdomino-périnéale (Soc. Chir. Paris., avril 15). — CZERNY. C... du rectum chez un enfant de 13 ans (Gaz. hebd. Par., avril 30, 420). — EIGER (J.-B.). Deux cas de sarcome du duodénum (Boln. gaz. botk S^t-Pét., 1895, 42, 921). — GAUDIER. C... du rectum ; ablation abdomino-périnéale (Soc. chir. Par. mars-avril). — HARTLEY. Sarcoma of the Stomach. (Tr. of N.-Y. Surg. Soc. feb. 26).— HEIDENHAIN. Opérative traitement of C... of the rectum (Forts. d. Med., 2). — HÉRARD. Formes septiques du C... de l'estomac (Thèse, Par., mai 21). — JAFFÉ. Gastroenterostomie beimagen C... (a. d. Wiss. ver. Pos. aer., fév.-mars). — JAKOWSKI. Primary C... of the duodenum (Gaz. lek. Warsz. 1895, 2, s. XV). — KRONLEIN. C... de l'estomac (Bruns's Beitr. z. kl. chir., XV, 315). — LAUWERS. Résection du pylore (Ann. Soc. belge chir., mars 15. 444). — LILIENTHAL. Resection of colon for C... (Tr. of N.-Y., Surg. Soc., feb. 12). — LITTLEWOOD. Operative traitement of C... of the rectum (Leed. M. Chir. Soc., apr. 17). — MAKARA. Resection of the cœcum on account of stricture (Orv. Let. Bud. XV, 54). — MACREADY.

C... of the upper rectum (Med. Soc. of Lond., feb. 10). — MARTIN C... de l'estomac généralisé (Soc. anat. Par., mars, 265). — MOORE (N.). C... of the transverse colon (Path. Soc. of Lond., mars 19). — OLIVIER et HALIPRÉ. Gastrite scléreuse hypertroph. de nature C... (Norm. Méd., avril 1). — PAUL. Tumeur villeuse du rectum (Bull. Méd. Par. 28, 337).— PÉTOURAUD (J.). C... gastrique et acide lactique (Th. Par., 1895). — PÉTROFF (H.-V.). Polypes du tube digestif dégénérés en C... (Vratel, St-Pét., 7, 202). — POZZI. C... du rectum extirpé par la voie sacrée depuis deux ans (Soc. chir. Par., avril 1). — PRICE (A.). Left inguinal colotomy for C... (Ann. Pr. News, Louis V, XXI, 53). — PYE-SMITH. Specimen of C... of rectum (Sheff. Med. Chir. Soc., 1895, déc. 19. — SCHRAMECK. Spasme de l'œsophage d. le C. . de l'estomac (Thèse Lyon, 1895). — SÉBILEAU. C... de l'estomac (Soc. chir. P. janv. 22. — SMITH (J.). Résection of intest. for tumour. (Lancet Lond. I, 10-13). — SPASSKY (V.-N). C... de l'estomac (Boln. gaz. botk St-Pét., 1895, 45, 1008). — TRAUBE (H.). Ulcer and C... of the stomach (Deuv, M. Tim., XV, 273). — WESSENER. C... de l'estomac (Med. Detr., 1895, I, 531).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

ACHARD. C.... primitif du foie (Soc. M. Hôp. Par., av. 10). ARNOZAN. C.... secondaire du foie (Gaz. Hôp. Toulouse, X, 1). — AUSCHER. C.... primitif nodulaire du foie (Soc. anat. Par., mai 8). — BARD. C.... du pancréas et de l'ampoule de Vater (Bullet. Méd., 8 avril).— HANOT. C.... de l'ampoule de Vater (Soc. Méd. Hôp. Par., avril 24). — Ictère grave et C.... secondaire du foie (Id., mars 27). — C.... de l'ampoule de Vater (Bull. Méd. Par., avril 5, 324). — JACOBSON. C.... primitif du foie (Soc. anat. Par. avril 17). — MIXTER (S. J.) Tumors of the parotid glands (Bost. M. & S. J., CXXXIV, 131). — NEWMAN. Epithelioma of the left tonsil. (Laryng. Soc. Lond., janv. 8). — PICOU ET RAMOND. Epithélioma primitif de la rate (Arch. d. M., exp., mars). — ROLLESTON. C.... primitif des conduits biliaires (The Méd. Chron., 241).

Appareil de la circulation

ELSCHNIG. Hœmangioendothelioma tuberosum multiplex (Wien. Med. Presse, 37, 169). — FRAPPIER. Tumeur du cou primitive (J. Sc. M. Lille, mars 28, 308). — HUNTER (W.). C.... thrombosis of the portal veins. (Path. Soc. of Lond., mars 3). — HUTTON. Tumour of dog 's heurt. (Path. Soc. of Manch., mars 13). NEPVEU. Diag. de la généralisation des C.... par l'examen du sang (Cong. Soc. Sav. Par. avril). — POTTER (D'ARCY). Remarks on cystic lymphangioma un childhood (Brit. M. J. Lond , mars 16, 1189). — ROBINSON. Lymphangioma in parotid. region (Path. Soc. of Lond., mars 3). — ROGERS. Sarcoma of the cervical lymphatic glands (Memphis M. Month., XVI, 10).

Appareil de la respiration

ADLER (F.). Diag. des tumeurs malignes du poumon (N.-Y. M. J., 1). — BERRY (J.). A scries of thyroid. cyst. and adenomata (Path. Soc. of Lond., mars 17). — BOND. Myxo-chondroma du larynx (Laring. Soc. Lond., janv. 8). — DUNDAS GRANT. C.... intrinsèque probable du larynx (Soc. Laryng. Lond., janv. 8). — EKKERT (A. J.). Lymphosarcome du poumon et du cou (Boln. Gaz. Botk, St-Pét., 1895. 31, 695). EWALD (K.). Iode dans un adéno-sarcome de la thyroïde (Wien. Kl. Weh., mars 12, 11, 186). — GUEGUERSCHTED. Rétréc. de la trachée par C.... de l'œsophage (Boln. Gaz. Botk St-Pétersb., 1895, 87, 1059). — Mc BRIDE. Tumeur maligne du larynx (Med. Chron. Manch., N. S., IV, 339). — RACHMANINOFF. Adénome de la thyroïde (Med. Oboz. St-Pét., XLV, 1, 1-3). — REINHARD. Primary C.... of the antrun of higmore (Arch. f. laryng., 11, 27). Ribbert. C.... primitif du poumon (Deut. M Woch., mars 12). — ST-CLAIR THOMSON. Fibro-sarcoma of septum. (Laryng. Soc. of Lond., janv. 8). — SEMON. Le C.... du larynx. (Clin. J., 18). — SHATTOCK. Multiple exogenous adenomata of the thyroïd (Path. Soc. of Lond., mars 17). — SMITH (S.). C... of larynx (Med. Soc. of Lond., apr. 13). — SPASSKY. Diag. des néoformations du poumon (Boln. Gaz. Both. St-Pet., 1895, 44, 98?). — TRIVIOT. C.... primitif de la plèvre (Thèse de Lyon 1895). — WEED (C.). C.... of the nosc of three years standing (Med. news N.-Y., LXVIII, 103). — VILLY. Forme inconnue de tumeur du corps thyroïde (J. of Path. a bact. Lond., janv.). — WINE (W.). C.... oris following capillary bronchitis (Med. Rec. N.-Y., XLIX, 88).

Appareil de la sécrétion urinaire

ABBE. (R.). C... of the bladder (Tr. of N.-Y. Surg. Soc., feb. 12). — PERGER. Epithelioma kystique du rein (Abeille Med., juin 20, 193). — DANEL. Epithelioma primitif du rein chez un sujet de 23 ans (J. Sc. M. Lille, mai 17, 478). — ENRICH. Tumeur de la moelle suprarénale (J. of path. a Boct. Lond., janv.). — FENWIK (H). Diverticulum from C... bladder. (Path. Soc. of Lond., mars 17). — HALLÉ. Leucoplasie et C... des voies urinaires (Soc. biol. Par., mai 38). — KADIAN. Néphrectomie pour néoformation maligne (Boln. gaz. bot. St-Pét. 1895, 33-4, 750). — KELINACK. Papilliferous cyst. aden. of the kidney and liver (Manch. path. Soc., mars 11). — LAUWERS. Néphrectomie pour sarcomes du rein (Ann. Soc. belge chir., 1895, déc. 15, 313). — MALCOM. Sarcoma of the kidney (Path. Soc. of Lond., mars 19). — NORMAN (C.). C... of Gall bladder (R. ac. of Med. in Srel., janv. 3). — SHARP. Primary Colloid. C... of the bladder. (Path. Soc. of Lond., mars 5). — SCHUCHARDT. Guérison spontanée d'une tumeur vésicale maligne inopérable (Deut. M.

Woch., fev. 27). — STEELE. Sarcome du rein des enfants (Méd. et S. rep. 1, 2). — TARGETT. Adrenal tumour of the kidney. (Path. Soc. of Lond., mars 14). — Cystic and encystead C... of the bladder (id., mars 17). — WEBER (P.). Sarcoma of both kidneys in a child. (id., mars 3). — WEENEY (M.). On kidney tumours derived from Suprarénal « resto ». (Brit. M. J. Lond., fév. 8, 323).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

BOUTRAGINE (T D.). Sarcome des testicules retenus dans la cavité abdominale (Bibl. vrat. Mosc., 1895, 10, 35). — BRAUN (G.). Sur le C... ostéoplastique de la prostate (Wien. Med. Woch., 14-28 mars). — DUQUENNOY. C.... de la verge (J. Sc. M. Lille, mai 9, 451). — FLEISCHER. Tumeurs solides du scrotum (Soc. Med. d. Kieff., mars). — GALABIN. Myxosarcoma fran uxthra in a child (Obst. Soc. Lond., apr. 1). — GUÉPIN (A.). C... de la prostate (Presse Méd., Par., 30). — HEBB. C.... of the prostate (Path. Soc. of Lond., avril 21). — MORGAN. Tumeurs malignes du cordon (Id., mars 3). — SALISCHER (Tomsk.) C... de la prostate, ablation (Bull. méd., avril 5, 337).

2° Organes génitaux de la femme

ANTONA (d'). C.... del collo uter., isterectomia (Rif. M. Nap., 1, 598). — APPELSTEDT ET ASCHOFF. Deciduoma malignum (Arch. f. Gyn., 1, fév. 3). — Néoplasmes malins et villosités de la caduque (Id., L, 3). — ARÈNE. Tumeur végétante de l'ovaire (Loire M., mars 15). — ?... As a deodoriser in C.... of the uterin (Ann. of Gyn. Bost., avril 7, 530). — BEKMAN. Accouch. et C.... du col (J. a kom. i. jens. bol., 2, 123). — BEYEA (H.). Malignant adenoma of the uterus (Am. J. of Obst., fév.). — CAZIN (M.). Des déciduomes malins (La Gynéc., fév et avril). — CLARK (G.). C.... de l'utérus ; hystérectomy (Bul. of J. Hopk Hosp. Bolt., feb., 37) — COLLE (d). Fibrome utérin avec récidive sarcomateuse (Bull. Méd. Paris. 40, 473-75). — Cordier. C.. . of the uterus (Tri. state Med. Soc. Chic., apr. 8). — CUNSTON. On primary malignant tumors of the clitoris (Ann. of Gyn. Bost., fév. 5, 268). — ?... Deciduoma malignum (Brit. M. J. Lond , mars 28, 805). — EDEN. Déciduome malin (Soc. Obst. Lond., avril 1). — ?... Endothelioma of the ovary (Ann. of Gyn. Bost., avril, 7, 522). — FALK. C.... de l'oviducte (Soc. Méd. Berl., mars 4 et 11). — GALABIN. Sarcoma of the cervix uteri (Obst. Soc. of the Lond., apr. 1). — GOTTSCHALK. Tumeur maligne du placenta (Arch. f. Gyn , LI, I, 56). — GRIFFITH (W). The early diag. of C.... of the uterus (Brit. M. J. Lond., feb., 264). — GUINARD (A.). Trait. de l'épithélioma de l'utérus par le carbure de calcium (Ac. de Méd. Par.,

avril 7). — Hassel (V.). Sarcoma ovary (C. f. Gyn. 7). — Godart. Kyste papillomateux du ligament large. (Bull. Soc. belge Gyn., mars) — Pseudo-tumeur de la trompe (Ann. Inst. Sᵗᵉ-Ann., mars 1, 167). — Kanthack. Deciduoma malignum (Obst. Soc. of Lond., mars 6). — Lairé. Résultats éloignés de l'hystérect. dans le C.... de l'utérus (Thèse de Par.). — Lemichez. Cystofibrome de l'utérus (J. Sc. M. Lille, avril 18, 375). — Lokhard. Primary C... of the vagina (Mont. M. Ch. Soc , mars 6). — Monod (E.). Amputation supra-vaginale du col; C.... et grossesse (Arch. clin. Bordeaux, IV, 33). — Nikiforoff. Déciduomes malins (Arch. Path. Kl. M. Bak. St-Pet., 3, 207). — Otte (D. O.). Dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes utérins (Vratch. St-Pet., 1895, 12, 343). — Pichevin. C.... utérin et adénopathie inguinale (Semaine Gyn., 12 avril 21, 92). — Resinelli. Du sarcome déciduo-cellulaire (Am. d. ost., 1895, nov. 813). — Ries (E.). How to improve the prognosis of C... uteri (N. Am. Pract. Chic., VIII, 9-19). — Ichthyosis uteri and C... (Ann. Gyn. a. Obs. J., fév.). — Rossi-Doria. Deciduoma maligna (Policl., fév. 1). — Rubeska. Eni fall. von sarkoma der scheide bei emer erwachsenen (C. f. Gyn. Leipz. XX, 113). — Rugk (C.). Déciduome malin (Id., 35, 941). — Russel. Résultats de l'hystér. pour C... de l'utérus (Brit. M. J.). — Sanger. Déciduome malin (Bull. Méd. Par., 40, 481). — Spencer (H.). Déciduome malin (Soc. Obst. Lond., avril 1). — Summers. Opérations dans le C... de l'utérus (The Med. Herald St-Pet., feb., 2, 59). — Tannen. Sarcome déciduo-cellulaire (Arch. f. Gyn., XLIX, 1, 94). — Tchopp. C... utérin chez une jeune fille de 19 ans (J. Rom. Med. Gaz., 7). — Thornton. Tumeurs malignes de l'utérus, traitement (Brit. M. J. Lond., feb. 1, 261). — ?... Traitement palliatif du C... utérin (Semaine Gyn. Par., 12, avril 21, 96). — Villis E. Hallowell. Tumeur du ligament large (Amer. J. of Obst., janv.). — Vogl. (F.). Tumeur de l'ovaire (Munich. 8°, 38). — Vos (J. de). Fibrome, myome, myxome et épithéliome sur le même utérus (Am. d. Inst. Sᵗᵉ-Anne, mars 1, 170). — Wendeler. Péritonite et kysto-adénome de l'ovaire (Monat. f. geb. a gyn., mars).

3° Annexes de l'appareil de la génération

Antona (d'). C... mammario (Rif. M. Nap., 1, 597). — Bousquet. Squirre en cuirasse (J. M. Bordeaux, avril 19, 1-72). — Carr (C. W.). The nature and treat. of mammary neoplasm (Med. News, N.-Y., LXVIII, 29). — Cleyne (W.). C... of the breast. (Brit. M. J. Lond., feb. 15, 386). — Résultats des opérations p. C... mammaire (Id., 15, 2). — Groff (J. W.). Scirrhus C... of the mammary glands (Lehigh Val. M. Mag. Eust., VII, 1-7). — Gurney. Metastatic sarcoma of both breasts. (Path. Soc. of. Lond., avril, 21). — Jennings (C.). C... of the breast. (Lancet Lond., 1, 96). — Legros. Sarcome du sein (J. M. Bordeaux, mai 3, 197). — Mᵉ Burney. C... of the breast. (Tr. of N.-Y. Surg. Soc.,

feb. 26). — MANLEY. Mammary tumors (Dom. M. Month., VI, 36). — MORRISON. Hémorragie dans un C... de la mamelle (Path. Soc. of Lond., feb. 4). — NUNN. Chronic C... of the breast (Clin. Soc. of Lond., feb. 14). — PILLIET. C... du sein (Soc. anat. Par., mars 27). — PITZORNO. Polimastic et C... du sein (Rif. Med., mars 6). — RANSSELAER (V.). Operation in mammary C... (Am. J. Obst. N.-Y., 33, 66). — ROLLESTON. Myeloid. cells in a mammary sarcoma (Path. Soc. of Lond., mars 6). — ROTTER. Opérations et C... mammaire (Berl. Kl. Wach.. XXXIII, 69). — SHEILD. Diag. du C... de la mamelle (Brit. M. J. Lond., mars 30, 1313). — SNOW. Infection osseuse dans un cas de C... mammaire. (Soc. Path. Lond., 3. 3). — SYMONDS (Ch.). C... cysts. of the breast. (Id., feb. 4). — TARGETT. C... et sarcome de la mamelle (Id., mars 5). — THOMSON. (W.) C... of the breast. (R. ac. of M. in Frel., feb. 21).

Généralités

ALEXANDER (A.). C... des oberkiefers (Berl. M. ges., mars 25). — ARLOING et COURMONT. Trait. des tumeurs malignes par le sérum d'âne (Ac. d. Med. Par., mai 12). — AUÉ (G. Ch.). C... chez les individus jeunes (Chir. lietop St-Pét. 1895, 6, 833). — BARLERIN. C... et sérumthérapie. (Indep. M. Par., 11, 33). — BARTHÉLEMY. Leucoplasie et C... (Soc. derm. Par., mars 12). — BLANC. Chondrosarcome de l'éminence thénar (Loire M., mars 15), — BOUQUÉ. Trait. des tumeurs malignes inopérables par la toxithérapie (Ac. de M. Belg., avril 25). — BUTLIN (H.). The objets and limits of oper. for C... (Brit. M. J. Lond., feb. 22, 301). — CANTLEY. Tumour of the steckin an infant (Med. Soc. of Lond. apr. 13). — CHEYNE (W.). The objets and limits of oper. oper. for C... (Brit. M. J. Lond., fév. 15, 385). — COOPER (P.). Operations for C... (id., mars 24, 692). — DENT. Tumour of abdominal Wall. (Med. Soc. of Lond., apr. 13). — DESPLATS. C... miliaire péritonéale (J. Sc. M. Lille, juin 6, 529). — DETWILER. The treatment of C... (Thera. gyn. Detr. Mich. 16, 3, 149). — DOLÉRIS. Transformation maligne d'un fibrome (Soc. obst. et gyn. Par., mars 19). — DUCOR. Actinomycose à forme néoplasique (Ac. de Méd. Par., avril 7). — FABRE-DOMERGUE. La théorie parasitaire du C... (Presse Med. Par., avril 1, 27, 157). — FOXVELL. Mediastinal tumours. (Brit. M. Ass., feb. 28). — FROST (G.). On C... with especial reference, etc. (Atl. M. Wech. Prond. V, 49). — FUMAGALLI. Epithéliomes cicatrisés, examen anat. (Arch. gr. l. Sc. Méd. XIX, 4). — GUERMONPREZ. Contagion professionnelle du C... (Ac. d. Méd. Par., mai 12). — C... des tumeurs (Gaz. d. hop., Par., 51, 523). HANSEMANN. Ueber endotheliome (Dent. M. Woch. XXII, 52). — HASSE. C... et injection d'alcool (Con. Soc. all. d. chir., mai 30) — HAWTHORNE. Malignant Mediastinal tumour. (Glasg. M. J. XLIX, 96). — HIRSCHFELD. Erysipelus serum et C... (Anst. Med. Gaz., mars 21). — HUGONNENCQ et PAVIOT. Propriétés oxydantes et tumeurs malignes (Lyon Med., mai 3). — JACCOUD. Infection sarcomateuse (J. d. Med. et

chir. prat., avril 10). — JACOBSON (N.). The treatment of Malignant tumour (Med. News. N.-Y. 73, 174). — GURGENS. Etiologie des sarcomes (Cong. soc. all. Berl., mai 30). — KEIN (G.). Sarcome ossifiant du pouce (Soc. anat. Par , mai 22). — KOCH (F.). Tumeurs malignes et toxines de l'érysipèle (Dent. M. Woch., fév. 13). — LANE (W.-O.). Limites des opérations pour C... (Brit. M. J. Lond., feb. 29, 564). — LUCAS. Sarcomes of thigh (Brit. M. Ass., feb. 28). — MOSETIG-MOORHOF. Trait. des tumeurs inopérables (C. f. d. ges. Ther. XIV, 1-9). — MURPHY. Tumour of bock (North. a. Durh. M. Soc., feb. 13). — NOVITZKY. Diag. des tumeurs abdom. (Væino Med. J. S.-Pét. 3, 545). — PAVIOT et GALLOIS. C... vert d'Aran (Lyon Med. LXXXI, 51-53). — PETERSEN. Bactériothérapie et tumeurs malignes (C. Soc. all. Berl., mai 28). — PIKE (P.). Sarcome alvéolaire. (Manch. path. Soc., mars 11). — PODWYSSOZKI. Des parasites du C .. (Arch. russes Path. 120). — POSPELOW. Arsenic et sarcome (Arch. p. derm. a. s. XXXIV, 2). — POTTER (T.). Treatment of C... (West. M. et S. Rep. VIII, 1-4). — PRESNITKZY. Tumeur cervicale (Soc. d. Med. d. Bieff. mars). — QUÉNU et LONGUET. — C... secondaire de l'ombilic (Rev. chir. Par., fev., 10, 2, 97). — REBULET (J). Hérédité et fréquence du C... (Thèse Paris, 302). — REGAUD (C.). Fibrome musculaire à évolution maligne (Arch. d. M. exp. Par., VIII, 58-83). — RIEDEL. Tumeurs peu communes (Cong. Soc. all. Berl., mai 30). — ROSENTHAL. Tumeurs C... et inclusion cellulaire (Arch, f. gyn. LI, 1). — RYDYGIER. Excision des C... (Pryogl. lek. krak. XXXV, 31). — SCHMITTLE. Toxin therapy in sarcoma (N. orl. Med. dec.). — SENN (M.). Trait. of tumors. Phil. Saunders, 1895, 709 p.). — SHORT. Retrosternal tumour (M. de Med. Ass. 18). — SINCLAIR TOUSCY. Thiosinamine et tumeurs inopérables (N.-Y. M. J. mai 2). — SIRÉLO (L.). Origine embryonnaire des tumeurs (H. Polid., mars 1). — STIÉDA (H.). De l'épithélioma calcifié (Beitr. z. kl. chir. XV, 3). — STOUKOVENKOFF (M. J.). Sarcomes pigmentaires multiples (Troudi v. Pirog, Sig. nat., 11, 158). — STOWERS. Tumeurs épithéliomateuses (Derm. Soc. of Gr. Brit., janv. 22). — SWAIN (J.). Toxines de l'érysipèle et C... (Brit. M. J. 11, 1415). — TAILHEFER. Sérothérapie et C... (Arch. M. Toulouse, 11, 1-6). — ?..... The study of C... (St-Louis Med. et S. J. mars, 299). — TURNER. Tumeur of Neck (Med. Soc. of Lond., apr. 13). — VITRAC et AUCHÉ. Myelome de la jambe (Cong. de Carth , avril 1). — WALLACE. Tumeur de la région ischio-rectale (Path. Soc. of Lond., mars 3). — WARHASSE. Ribbert on the origine of tumours. (Ann. Surg. Phil. XXIII, 75-105). — WHEELER. Sacro-coccygeal tumour (R. ac. of M. in Frel. apr. 10). — WILCOX. Toxines de l'érysipèle et myxosarcomes (N. am. J. Homœp. N.-Y. 3, s., XI, 29).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME

(Année 1896-1897)

TABLE DES AUTEURS

NOTA. — *Les chiffres romains indiquent le Fascicule de la Revue dans lequel le mémoire a paru.*

I. — MÉMOIRES ORIGINAUX

		Pages
II.	**Duplay (S.) et Savoire.** — Recherches sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux	89
II-III-IV.	**Dupraz (A. L.).** — Le sarcome de la prostate. Étude clinique et anatomo-pathologique.	72-145 212
II.	**Gourdiat (J.).** — Diagnostic différentiel des pseudo-néoplasmes tuberculeux et des tumeurs malignes des fosses nasales	67
I.	**Mathis (M.) et Mayet.** — Transmission du cancer du chien au chien. Résultat positif dans un cas	16
I.	**Millian (G.).** — Contribution à l'étude de la forme pleurétique du cancer du poumon	3
III-IV.	**Noël (L.).** — Sur la topographie et la contagion du cancer	137-201
III.	**Reboul (H.-L.).** — Histoire de l'emploi thérapeutique du condurango	154
I.	**Rebulet J.** — Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie	19

II. — REVUES ANALYTIQUES

1° *Thèses et Brochures*

pages

Aubry (H.). — Du sarcome diffus de la muqueuse utérine 58
Barrière (de la). — Sur un cas de lymphadénome des fosses nasales 60
Bensa (P.). — De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. . . . 125
Beretta. — La sérothérapie dans les néoplasmes 124
Berth (A.). — Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. 124
Bréchotau (C.). — Du phlegmon péri-ombilical et des fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac 57
Champion (E.). — Traitement palliatif du cancer utérin inopérable. 127
Duvrac (E.). — Traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude 59
Finck (Ch.). — Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme. 172
Grall (T.). — Histologie pathologique des tumeurs primitives des nerfs. 191
Herlement (G.). — De l'adénite sus-claviculaire dans le carcinome de la prostate. 126
Jullien (J.-C.). — Etude clinique du cancer de la prostate. 127
Kunchert. — De l'extirpation totale de l'utérus gravide pour cancer. 191
Lairé (E.). — Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus 58
Legrand (L.). — Étude sur la leucoplasie buccale 125
Letailleur (V.). — Étude sur le sarcome des enfants. 190
Manichow (L.). — De l'hérédité du cancer 55
Marie (A.). — Recherches sur la question du cancer 53
Masson (H.). — De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire 192
Méplaux (J.). — Nature inflammatoire du sarcome. 191
Minelle. — Étude sur les myxomes de la parotide. 59
Minet (A.). — Sur les tumeurs solides du scrotum 190
Nicolopoulo (C.). — Sur un cas d'épithélioma primitif de la séreuse vaginale. 50
Rebulet (J.). — Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie. 55
Richard (A.). — Contribution à l'étude des métrites séniles. 190
Rolland (J.-P.). — De la gastrotomie selon le procédé de Ssabanejew-Frank-Villar 56
Vergez. — De la gastrotomie à l'heure actuelle. 57
Virely. — Du cancer de la verge. 126

2° *Travaux divers*

A

pages

Adénot. — De la libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde 110
Allingham. — Voir **Herbert** 93
Ardouin (P.). — Ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. 26
Ardouin (P.). — Sarcome secondaire du poumon 245
Audry (Ch.). — Note sur un cas de maladie de Paget. 118

B

Baginsky. — Sarcome de l'encéphale chez un enfant de 6 ans 232
Bard. — Cancer de l'œsophage 165
Bard et Piétry. — Cancer primitif du foie à marche aiguë 170
Barette. — Quatre observations de gastro-jéjunostomie. 236
Banrowicz (A.). — Cancer pédiculé de l'épiglotte. 172
Beatson (G.). — Traitement du cancer inopérable du sein 117
Begouin. — Sarcome des fosses nasales 234
Bérard. — Un cas de cancer musculaire de l'utérus. 37
Bérard. — Voir **Dor**. 113
Berger. — Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux . . . 143
Berger. — Un cas de myxome du bassin 153
Binaghi (R.).— Blastomycètes dans les épithéliomes et leur importance. 254
Blanc. — Épithélioma de la langue greffé sur d'anciennes plaques de leucoplasie 28
Blanc. — Cancer primitif de la vésicule biliaire avec propagation au foie. 240
Bloom. — L'acide lactique dans l'épithélioma facial 48
Boas. — Diagnostic précoce d'un cancer stomacal 167
Boeckel (J.). — Procédé sacro-iliaque pour l'extirpation du rectum. . 105
Boecker (J.). — Étiologie et traitement du cancer de l'utérus 251
Bolde (R.). — Sarcome du voile du palais guéri par le traitement arsénical 98
Bourguet (du). — Voir **Legrain**. 96
Bourget (du). — Voir **Legrain** 97
Bourlet. — Épithélioma cutané 48
Bousquet. — Squirrhe en cuirasse 42
Bozeman (N.). — Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus . 180

pages

Bowreman Jesset. — Diagnostic précoce du cancer du corps de l'utérus 178

Brindeau et **Georghin.** — Un cas d'hydramnios dû à un sarcome du rein du fœtus 247

Buard. — Cancer du rein 246

Burghard. — Cancer de la valvule iléo-cœcale 168

C

Cabannes. — Tumeur de l'angle interne de l'œil 96

Calmette (E.). — De l'étiologie coccidienne du cancer 186

Capdepon. — Sarcome de la région cervicale. Ligature de la carotide. 189

Carlier. — Adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate 112

Carrière et **Viehn.** — Ostéosarcome de l'os coxal 231

Célos (G.) et **Lutsgarten.** — Cancer du larynx 244

Cerné. — Lymphosarcome de la loge parotidienne 188

Cerny et **Trunecek.** — Traitement du cancer cutané par l'arsenic. . 233

Cestan (E.) et **Pettit (A.)** — Épithélioma et leukokératose bucco-linguale 235

Chaput. — voir **Péan** 99

Charon (E.). — Sarcome du rein chez un enfant de 19 mois 247

Cock (J.). — Déciduome malin avec nécropsie 177

Collignon. — Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux . . 105

Courtin. — Ostéosarcome de la clavicule 230

Cousin (J.). — Cancer primitif du foie 242

D

Danel. — Voir **Guibal** 93

Danel. — Voir **Kerbiriou** 182

Dartigues. — Voir **Keim** 232

Deguy. — Psammome de l'arachnoïde 27

Delassus. — Deux cas d'adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux 107

Denisenko. — Traitement de la carcinose par la chélidoine 44

Depage. — Technique de la résection du rectum en cas de cancer . . 103

Dervaux (H). — Fonte purulente du squirrhe du sein 253

Deschamps. — Voir **Gallet** 44

Desnos. — Interventions palliatives contre le cancer de la prostate . . 111

pages

Despeignes (V.). — Nouvelle observation de cancer traité par les rayons X. 164

Despeignes (V.). — Cancer de l'estomac traité par les rayons X. . . 167

D'Hotman de Villiers et **Thérèse**. — Altérations épithéliales du col utérin 115

Dor (L.) et **Bérard** (L.). — De la dégénérescence maligne des kystes de l'ovaire 113

Dor (L.). — Névrome malin 161

Dubois (V.). — Tumeur du pylore 104

Dubois (S.). — De la transmission du cancer humain à l'animal . . 121

Ducastel. — Traitement des épithéliomes par le bleu de méthylène. . 122

Duncan (W.). — Cancer du rectum 170

Duplay (S.). — Traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables. 44

Durand-Fardel (R.). — Cancer de l'ampoule de Vater. 32

Durante (E.). — Du déciduome malin 175

E

Eckard. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. 250

Ehlich (K.). — Carcinome primitif de la trachée 110

Evans. — Le cancer en Angleterre 185

F

Fayolle. — Voir **Paviot**. 184

Féré. — Agalactie familiale et cancer du sein. 43

Féré (Ch.). — La parenté morbide des tumeurs 120

Fichet. — Un cas de cancer de l'ampoule de Vater 171

Fourmeaux. — Cancer secondaire du grand épiploon. 38

Fourmeaux. — Sarcome de l'ovaire droit. 112

Fraikin. — Épithélioma primitif du vagin 248

Fromaget (C.). — Tumeur maligne primitive de la glande lacrymale 235

Funke (Karl.). — Traitement chirurgical du cancer du rectum. . . . 238

G

Gallet et **Deschamps**. — Enquête sur le cancer en Belgique. 44

Gallet. — Fibrome et cancer de l'utérus. 113

Gallois. — Voir **Paviot** 183

pages
Gaucher (**E.**). — Traitement de l'épithélioma cutané. 43
Gayet. — Tumeur mélanique de l'œil 163
Georghin. — Voir **Brindeau**. 247
Ghineau (**F.**). — Chlorate de potasse contre le cancroïde. 123
Giordano (**D.**). — Indications de l'extirpation du rectum par la voie abdominale. 165
Girard. — Sarcome du rein 174
Gockel. — Du rôle du traumatisme dans le cancer du tube digestif. . 169
Goffinet. — Sarcome du tissu cellulaire de l'avant-bras. 189
Graf. — Sur la guérison permanente après l'extirpation du larynx dans le cancer 244
Griffon (**V.**). — Béance du cholédoque dans un cas de cancer du pancréas 33
Guibal et **Danel** — Carcinome métastatique du fémur. 93
Guinard (**U.**). - Carcinome glandulaire et malpighien de la mamelle. 183

H

Hall (**A.**). — Tumeur du cervelet. 27
Hayem. — Un cas d'anémie cancéreuse. 189
Hennecart (**A**). — Cancer primitif du foie. 106
Herbert et **Allingham.** — Tumeur maligne du maxillaire supérieur. 93
Heydenreich. — Sarcome du rein droit 174
Hirtz (**E.**) et **Lesné** (**E.**). — Épithélioma chez une femme de 19 ans. 28
Hirschberg. — Sur les gliomes et les pseudo-gliomes de la rétine. . 234

I

Imschoot (**Van**). — Enchondrome sarcomatoïde de l'annulaire. . . . 124
Inglis Parsons. — Adénome malin de l'utérus. 177
Israel. — Deux anus contre nature; cancer du côlon. 31
Israel (**J.**). — Tumeur du bassinet. 174

J

Jacobs. — Cancer primitif du corps de l'utérus. 116
Jacobson (**N.**). — Tumeurs du sein chez l'homme. 225
Jaksel (**R.**) — Traitement des tumeurs malignes par le sérum érysipélateux. 188

K

pages
Kahlden (Von). — Le sarcome primitif des trompes. 250
Kaiser (F.) — Tumeurs malignes du rein. 174
Kaiserling. — Voir **Leyden**. 33
Keen (W.). — Résection du sternum pour tumeurs. 229
Keim (G.). — Sarcome ossifiant du pouce. 26
Keim et **Dartigues.** — Sarcomatose des fémurs. 232
Kelynack et **Whithead.** — Obstruction intestinale due à la pression de la vésicule biliaire cancéreuse. 100
Kerbiriou et **Danel.** — Sarco-épithéliome kystique du sein. 182
Kirchner. — Sarcome de l'apophyse mastoïde. 94
Klotz. — Résultats du traitement palliatif du cancer de l'utérus. . . . 248
Kocher. — Voir **Péan** 99
Kratzenstein. — Résultats définitifs de l'ovariotomie dans le traitement des tumeurs malignes. 249
Krœnlein. — Clinique et traitement du cancer du pharynx. 236
Küster. — De la résection de la vessie avec déplacement de l'uretère. . 33
Kuttner. — Voies de propagation du cancer de la langue. 235

L

Labbé (M.). — Deux cas de gliome cérébral. 94
Lacour. — Voir **Mermet**. 49
Lacroix. — Le début du cancer laryngé. 171
Lagrange (F.). — Sarcome embryonnaire de l'orbite chez un enfant. 162
Lambotte (A.). — Contribution à la gastro-entérostomie 98
Lannelongue. — Sarcome kystique purulent de l'ovaire. 40
Lartschneider (J.). — Sérumthérapie du cancer. 122
Laurent (O.). — L'origine maligne des tumeurs. 46
Lauwers — Résultats définitifs des opérations pour cancer. 122
Lavrand (H.) — Cancroïde et cautérisation chimique 188
Le Dentu. — Nouvelle considération sur la leucokératose. 97
Le Dentu et **Pichevin.** — Diagnostic d'un cancer utérin à l'aide du curage 178
Ledrain. — De la fréquence du sarcome en Algérie. 40
Lefour. — Épithélioma du corps de l'utérus. 40
Legrain (E.) et **Du Bourguet.** — Sarcome de la paupière inférieure. 96
Legrain (E.) et **Perrusset.** — Vaste sarcome de la peau du creux poplité 97

pages
Legrain (**E.**) et **Du Bourguet**. — Sarcome du pied droit. 97
Lejars — Ostéosarcome de la tête humérale; résection. 92
Leroux et **Meslay**. — Sarcome secondaire du cœur. 107
Leroy. — Voir **Blanc** 240
Lesné (**E.**). — Voir **Hirtz**. 28
Letulle. — Carcinose péritonéo-intestinale secondaire à un cancer de l'estomac 119
Lévy (**Ch.**). — Tumeurs sarcomateuses de la trachée et de l'amygdale. 244
Leyden et **Kaiserling**. — Lymphosarcome du médiastin 33
Liaras. — Epithélioma de la luette et du voile du palais. 163
Loumeau (**E**). — Gros épithélioma vésical; ablation. 173
Lubarsch (**O.**). — Des altérations de la moelle chez les cancéreux . . 332
Lutsgarden (**S.**). — Voir **Célos**. 244
Luys (**G.**). — Cancer du rectum; propagation pleuro-pulmonaire. . . 237

M

Magniaux. — Opération de Porro chez une cancéreuse enceinte de huit mois. 122
Mahaut (**F.**). — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose 100
Matagne (**H.**). — Cancer du plancher de la bouche guéri par le traitement de Coley 28
Mathieu (**Ch.**). — État histologique du tube séminifère dans un testicule sarcomateux. 112
Mayo-Robson — Lambeaux cutanés dans l'amputation du sein . . 38
Mencière. — Épithélioma intra-canaliculaire du sein. 117
Mermet (**P.**). — Épulis sarcomateuse à myéloplaxes. 26
Mermet (**P.**). — Kyste muco-dermoïde de l'ovaire. 39
Mermet (**P.**) et **Lacour**. — Sarcome du muscle biceps; extirpation. 49
Mermet (**P.**). — Énorme dermato-myome de la cuisse. 119
Meslay. — Voir **Leroux**. 107
Metz (**De**) — Gliosarcome de la rétine. 161
Michel. — Squirrhe du sein et épulis chez la même femme 118
Millian (**G.**). — Adénome du foie; carcinome de la parotide; épithélioma du poumon. 240
Monnier (**L.**). — Sarcome rétro-péritonéal inopérable du mésocôlon. 240
Morau (**H.**). — Liquides pour diluer les produits cancéreux. 47
Morelle. — Épithélioma ulcéré de la vulve Infection post-opératoire. 181
Morris (**H.**). — Cancer aigu de l'utérus avec généralisation rapide . . 36

N

pages

Nasmyth (G.). — Le cancer en Écosse. 185
Neumann (J.). — Sur le déciduome malin 34
Niedergall. — Sarcome, carcinome, myome et polypes sur un même utérus. 114

O

Oliver (A.). — Tumeur cérébelleuse avec troubles oculaires. 161
Oubesco (M^me^). — Un cas de déciduome malin. 176

P

Palleroni (G.). — Un cas d'extirpation du cœcum pour cancer. . . . 239
Parisot. — Sarcome du maxillaire supérieur; ablation. 93
Parisot (P.). — Tumeur cérébrale avec épilepsie motrice et sensorielle. 95
Pariot et **Gallois.** — Essai sur la vraie nature du cancer vert. . . . 183
Paviot et **Fayolle.** — Un nouveau cas de prétendu cancer vert d'Aran. 184
Péan, Chaput, Kocher. — Traitement chirurgical de l'estomac. . . 99
Pearce-Gould. — Gastrostomie par la méthode de Kocher. 101
Perrusset (G.). — Voir **Legrain**. 97
Pettit (A.). — Voir **Pichevin** 115
Pettit (A.). — Voir **Ceston** 235
Piatot. — Voir **Pilliet**. 253
Pic. — Sténose du duodénum adhérent à une vésicule cancéreuse. . 31
Pichevin (R.) et **Pettit** (A.). — De la leucoplasie vulvo-vaginale. . . 115
Pichevin (R.). — Voir **Le Dentu**. 178
Piéry. — Voir **Bard**. 170
Pilliet (A.) et **Veau** (P.). — Sarcome rétro-péritonéal. 119
Pilliet et **Souligoux.** — Sarcome à myéloplaxes de l'ovaire. 243
Pilliet et **Piatot.** — Tuberculose et épithélioma sur le même sein. . 253
Planchu. — Sarcome des parties molles de la cuisse. 187
Planchu. — Sarcome des parties molles du creux poplité. 187
Poncet. — Laparotomie transpéritonéale pour cancer du rein. 247

Q

Quénu. — Du traitement du cancer du rectum. 30
Quénu. — Procédé de résection du rectum pour cancer. 103
Quénu. — Traitement du cancer du rectum 237
Quénu. — Traitement du cancer du rectum 238

R

pages

Raviart. — Voir **Tonnel**. 160

Reineboth. — Recherches des éléments cancéreux dans le liquide des vomissements 189

Reinhardt. — Sarcome des os longs. 229

Rendu. — Cancer de l'ampoule de Vater. 32

Ricard. — Voir **Routier**. 241

Riedel. — Cancer du duodénum et actinomycose intestinale. 31

Robinson. — Traitement d'un cancer ulcéré du maxillaire supérieur par la chélidoine 93

Rese (W.). — Sarcome du fémur; amputation et réamputation. . . . 25

Rosenheim. — Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. 105

Routier et Ricard. — Traitement chirurgical du cancer du foie. . . 241

Russel (W.). — Des métastases et récidives post-opératoires dans le carcinome de l'utérus. 179

Rutherford-Morison. — Cancer de l'intestin; obstruction. 31

S

Schlesinger (H..). — Les tumeurs sarcomateuses de l'intestin. . . . 168

Schramm (J.). — Cancer du canal thoracique avec ascite chyliforme. 107

Segond. — Cancer primitif du foie. 103

Sengensse. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. 182

Sheild. — Sarcome récidivant de la glande mammaire traité par le liquide de Coley 182

Sinclair (W.). — Complication de la grossesse par le cancer de l'utérus. 41

Smith (A). — Hystérectomie vaginale pour adénome malin du col. . 39

Smith (G.). — Carcinome du larynx. 110

Souligoux. — Voir **Pilliet**. 248

Steiner. — Extirpation d'un rein sarcomateux. 33

Stone (R.-M.). — Tumeur maligne de l'utérus traitée par les toxines de l'érysipèle. 177

T

Tchopp. — Cancer utérin chez une jeune fille de dix-neuf ans. . . . 41

Thérèse. — Voir **d'Hotman**. 115

Tixier. — Épithélioma du col utérin ayant envahi le corps. 181

Tonnel et Raviart. — Un cas d'endothéliome cérébral. 160

Trunecek. — Voir **Cerny** 233

U

pages
Ullmann. — Ablation de cancer de la vésicule biliaire. 240

V

Vanverts (J.). — Épithélioma polykystique de l'ovaire. 117
Veau (V.). — Voir **Pilliet** 119
Verhoogen (J.). — Myxosarcome de la prostate. 111
Verstraete. — Sarcome sous-périostique de la clavicule. 229
Viehn. — Voir **Carrière**. 231
Vignes. — Sarcome choroïdien à évolution lente 95
Vitrac. — Épithélioma de l'œsophage et de la trachée. 163
Volowski (S.). — Inoculation conjugale du cancer 185
Vorotinski. — Angiosarcome du pont de Varole. 95

W

Weil (E). — Cancer de la langue avec noyau cardiaque secondaire. . 243
Whithead. — Voir **Kelynack**. 100
Williams (R.). — La fréquence croissante du cancer. 184
Wilhems (Ch.). — Reconstitution d'un sphincter après l'amputation du rectum 101
Woods (R.). — Excision de la moitié droite du larynx pour carcinome. 108

Z

Zakief — Quatre cas de néoplasme des poumons. 245

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

	Pages
Appareil de la locomotion	25-92 228
Appareil de l'innervation	27-94 160-232
Appareil des sens spéciaux	95-161 233
Appareil de la digestion	28-97 163-235
Appareil de la circulation	33-107 243
Appareil de la respiration	108-171 244
Appareil de la sécrétion urinaire	38-172 246
Appareil de la génération	34-111 175-248
Généralités	43-119 183-253

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

Pages

I — **Table des auteurs** i

I. -- Mémoires originaux i

II. — Revues analytiques ii

1° Thèses et Brochures ii

2° Travaux divers iii

II. — **Index bibliographique** xiii

III. — **Table générale des matières** xv

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des maladies cancéreuses. — T. II 1er Fasc. 20 Octobre 1896.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FORME PLEURÉTIQUE DU CANCER DU POUMON,

Par G. MILIAN

Interne des hôpitaux de Paris

Il nous a été donné d'observer récemment, à l'hôpital Tenon, dans le service de notre maître, M. le docteur Galliard, un cas de cancer secondaire du poumon qui ne manque pas d'intérêt, au point de vue symptomatique, et dont l'observation mérite d'être rapportée. A son occasion, nous rappellerons quelques-unes des particularités propres à cette affection.

Le cancer du poumon est rarement primitif mais bien plus souvent secondaire. Dans cette dernière alternative, il s'agit ordinairement de la propagation d'un néoplasme du sein, des organes de l'abdomen, estomac, intestin, foie, ovaire, voire même des membres. La voie suivie est tantôt veineuse, tantôt lymphatique. Le cancer du poumon secondaire à celui du sein, d'une fréquence si grande, est un exemple de la première ; celui des membres est un exemple de la seconde.

Lorsque c'est la voie veineuse qui est suivie pour la transmission, le chemin parcouru par les produits d'inoculation est le suivant : veine cave inférieure ou supérieure qui les reçoit des vaisseaux de la région où siège le cancer primitif, cœur droit, artère pulmonaire et poumon.

On a coutume de noter la fréquence du cancer secondaire du

poumon après les opérations ; le cas que nous rapportons en est un exemple (hystérectomie abdominale).

Rappelons aussi, en passant, que la localisation d'un cancer au poumon favorise au plus haut degré la généralisation cancéreuse ; la voie est largement ouverte à celle-ci, car il suffit qu'une parcelle cancéreuse s'engage dans les veines pulmonaires et de là dans le cœur gauche pour être immédiatement disséminée dans tous les points de l'organisme. M. Marfan (1) dans le Traité de médecine, cite un exemple typique de ce fait : un homme, atteint d'un cancer de l'estomac, présente à un moment donné des noyaux sous-cutanés multiples ; à l'autopsie on trouve, outre le cancer primitif de l'estomac, un cancer secondaire du foie et du poumon et des noyaux récents gros comme des pois, non seulement sous la peau mais sur la muqueuse intestinale et dans le cerveau.

La symptomatologie du cancer du poumon est très variable. Elle est à peu près identique pour le cancer primitif et pour le cancer secondaire.

Cependant, comme le cancer primitif est d'ordinaire massif, il donne bien plus volontiers des signes de compression médiastine que le cancer secondaire d'ordinaire nodulaire.

Douleur, dyspnée, hémoptysie, expectoration gelée de groseille, symptômes de compression médiastine, adénopathie susclaviculaire, signes d'induration pulmonaire, sont les phénomènes fondamentaux du cancer du poumon. Les cas diffèrent cependant très notablement entre eux ; il y a certains signes qui prédominent chez tel malade au point d'englober toute la symptomatologie alors que, chez tel autre, ils sont entièrement effacés. De là les nombreuses formes qu'on a coutume de décrire.

M. Marfan en propose la classification suivante :

A) Cancer pleuro-pulmonaire aigu ou galopant.

B) C. pleuro-pulm. chron. : *a*) forme latente ;
b) forme broncho-pulmonaire ;
c) forme de tumeur ou forme compressive ;
d) forme pleurétique.

Nous laisserons de côté les premières et nous n'étudierons ici que la *forme pleurétique* dans laquelle rentre le cas qui fait l'objet de ce travail.

Les formes pleurétiques du cancer du poumon comprennent elles-mêmes deux ordres de faits :

(1) Marfan. Traité de médecine, Charcot, Bouchard, Brissaud, t. IV, p. 521.

1° Il s'agit d'un cancer massif simulant la pleurésie sans qu'il y ait pourtant de liquide dans la plèvre (*forme pleurétique sans épanchement*).

2° Un abondant épanchement cache le cancer et absorbe tout le tableau symptomatique (*forme pleurétique avec épanchement*).

La forme pleurétique sans épanchement est assez rare. Auvard en a rapporté un cas typique en 1882. Depuis, quelques observations en ont été publiées. Nous citerons, en France, celles de Ferrand (1), Ranglaret (2), Bourcy (3), Reymond (4), qui sont typiques.

Une remarque s'impose à l'examen des cas auxquels nous venons de faire allusion, c'est qu'il s'agit toujours, dans cette forme pleurétique sans épanchement, de sarcome et mieux de sarcome primitif. Le fait s'interprète fort bien d'ailleurs, car on sait que, de toutes les tumeurs, c'est le sarcome qui forme les plus volumineuses, c'est-à-dire les plus capables d'en imposer pour un abondant épanchement pleurétique.

D'autre part, l'anatomie pathologique explique pourquoi il n'existe pas d'épanchement pleural : en effet, on constate aux autopsies une adhérence intime des deux feuillets pleuraux (Auvard, Ranglaret) ou bien une localisation pulmonaire pure du néoplasme avec intégrité de la plèvre.

Quoiqu'il en soit, quelle est l'histoire clinique de cette forme de cancer ?

Parmi les signes fonctionnels, le plus constant est assurément la *dyspnée*. Il n'y a pas de point de côté vrai comme le fait remarquer Auvard, c'est plutôt de l'oppression (Auvard), des crises de suffocation (Reymond, Ranglaret), des phénomènes d'orthopnée avec accès paroxystiques et cornage (Bourcy). Ce sont là des symptômes vraisemblablement en rapport avec la compression de la trachée ou du récurrent, mais ce sont les seuls signalés dans cet ordre d'idées; on ne cite pas d'exemples de compression veineuse, de troubles pupillaires, etc.

Il y a par contre assez souvent des *hémoptysies*, peu abondantes d'ailleurs, constituées par des crachats de sang rouge presque pur. L'expectoration *gelée de groseille* a été signalée (Bourcy).

Les signes physiques sont beaucoup plus importants à

(1) Ferrand. Sarcome primitif du poumon gauche. Soc. méd. des hôpitaux, 1er décembre 1893.

(2) Ranglaret. Soc. anatomique, 17 novembre 1893.

(3) Bourcy. Soc. méd. des hôpitaux, 1er décembre 1893.

(4) Reymond. Sarcome primitif du poumon gauche.

considérer : comme nous l'avons déjà dit, on a tous les signes d'un grand épanchement pleurétique alors que les ponctions restent désespérément blanches. On affirme la présence du liquide même après un examen attentif et, quand on constate le résultat négatif de la ponction, on explique celui-ci non par la possibilité d'une erreur mais par un manuel opératoire défectueux (seringue faisant mal le vide, aiguille mal dirigée ou trop courte pour les fausses membranes qu'elle traverse, etc.) — Cela est si vrai que, dans un cas (observation de Reymond), malgré une ponction blanche antérieure, M. Millard, appelé en consultation dans le service du docteur Guyot, considéra comme certaine la présence d'une grosse collection ; le trocart enfoncé de cinq centimètres ne ramena rien. Il s'agissait d'un cancer du poumon, ainsi que l'a démontré l'autopsie.

Voyons donc quels sont les signes physiques qui s'observent dans tous ces cas.

Le *thorax* est en général déformé, légère voussure antérieure faisant paraître le sein correspondant plus volumineux que l'autre ou bien ampliation générale de tout un côté de la poitrine avec prédominance à la base. Un *lacis veineux* assez abondant court sous la peau.

Lorsque le poumon est envahi dans sa totalité, c'est-à-dire à la période d'état, la percussion dénote de la *matité* dans toute la hauteur de la poitrine ; c'est une matité absolue, une matité de plomb. C'est alors qu'il est difficile de ne pas s'en laisser imposer pour une collection liquide mais, au début, la répartition de cette matité peut faire écarter cette hypothèse ou faire supposer du moins qu'il ne s'agit pas d'une pleurésie banale. Il n'est pas obligatoire, en effet, que la néoplasie débute par le lobe inférieur du poumon ; la matité correspondante ne siègera donc pas forcément à la base du thorax ; elle a un *siège paradoxal* autrement dit pour ce qui est de l'hypothèse d'un épanchement.

C'est ainsi que, dans le cas de Ranglaret, le maximum de matité se trouvait sous la clavicule gauche ; dans celui de Reymond, il existait à la partie moyenne du thorax, laissant une zone de sonorité au-dessus et au-dessous de lui. En présence de ce fait on avait même porté le diagnostic de pleurésie interlobaire.

Les *vibrations vocales sont abolies*, contrairement à ce qu'on pourrait croire.

Le *murmure vésiculaire a totalement disparu* en avant comme en arrière, ou seulement fortement diminué.

Le *souffle* n'est pas habituel ; lorsqu'il existe il est léger et lointain ; l'*égophonie*, la *pectoriloquie aphone* s'observent rarement. La *bronchophonie* a été notée en coexistence avec le souffle et avec une répartition identique. Il est important de noter son apparition, car elle n'est pas un signe habituel de la pleurésie séro-fibrineuse.

Le déplacement des viscères est la règle. Dans le cancer du poumon gauche, le *cœur* est refoulé vers la droite et même fort loin, dans certains cas : on peut ainsi sentir la pointe battre au bord droit du sternum, sur la ligne mamelonnaire droite, et même en dehors de celle-ci, à trois travers de doigt en dehors dans l'observation de Reymond. La percussion confirme le déplacement de la masse cardiaque. L'auscultation fait entendre assez souvent du frottement péricardique ou bien les bruits peuvent être assourdis par la présence d'un épanchement. Un fait assez curieux, d'ailleurs explicable, mais qui n'a pas été relaté souvent sans doute faute d'examen suffisant (une seule fois dans l'observation de Reymond), c'est la *propagation des bruits du cœur* dans toute la poitrine.

Malgré la déviation du viscère vers la partie droite du thorax, ses battements s'entendaient très distinctement en arrière et à gauche. C'est sans doute à l'absence de liquide péripulmonaire et à la densification du parenchyme qu'est dû ce retentissement, les bruits se propageant bien mieux à travers les solides qu'à travers les liquides ou les gaz.

Toutes les observations que nous avons eues entre les mains se rapportaient à des cancers du poumon gauche, aussi ne pouvons-nous affirmer que le foie est ou n'est pas déplacé dans le cancer du poumon droit. Tout porte à croire cependant que le bord inférieur en doit déborder les fausses côtes.

L'examen physique se termine par la *ponction*. Comme nous l'avons dit déjà, il est de règle que celle-ci ne donne aucun résultat. Il peut arriver pourtant qu'en faisant varier l'endroit où on pratique cette ponction, on finisse par retirer du liquide; celui-ci est du sang pur et bien rouge, et non du liquide noirâtre comme celui qu'on décrit dans les pleurésies hémorrhagiques. C'est que ces sarcomes présentent dans leur inté-

rieur des poches parfois volumineuses, d'une contenance variable et remplies de sang, où nagent des débris. Ces faits ne doivent pas étonner, car on sait combien est active la circulation dans les sarcomes et combien s'accroissent en nombre et en dimension leurs capillaires et leurs veines.

L'infection ganglionnaire est rare dans le sarcome ; on l'a cependant constatée assez souvent dans les formes qui nous occupent. Les *ganglions axillaires*, les *ganglions sus claviculaires* peuvent être pris. Ils se présentent sous forme de petites tumeurs du volume d'une grosse noisette, de consistance dure, roulant sous le doigt et de nombre variable. Ils doivent toujours être recherchés.

Avec l'anorexie élective, la teinte jaune paille, l'amaigrissement, ils constituent un des meilleurs signes du cancer.

L'évolution de celui-ci est généralement rapide. La durée du sarcome du poumon, qu'on évalue ordinairement à deux ans, paraît diminuée dans cette forme pleurétique sans épanchement. La moyenne est de cinq à sept mois. Les malades succombent dans le marasme cachectique.

En résumé, cette forme de cancer se caractérise par le fait qu'on trouve les signes d'un grand épanchement alors qu'il n'existe pas trace de liquide ; et l'on peut arriver à la rigueur à poser un diagnostic exact en analysant exactement les faits. Pour cela, le raisonnement comprendra deux parties : 1° écarter l'hypothèse d'un épanchement ; 2° reconnaître le cancer.

On écartera l'hypothèse d'un épanchement lorsque l'on trouvera les signes suivants :

Dyspnée qui n'est pas un signe habituel de la pleurésie séro-fibrineuse ;

Déformation *irrégulière* du thorax ;

Siège paradoxal de la matité au début de l'affection ;

Bronchophonie qui n'existe pas non plus habituellement dans la pleurésie simple ;

Retentissement des bruits du cœur dans tout le thorax ;

Ponction blanche ou de sang pur ;

On reconnaîtra le cancer aux signes suivants :

Hémoptysies ou mieux crachats de sang rouge presque pur. (L'expectoration gelée de groseille n'a été observée qu'une fois).

Lacis veineux sous-cutané ;

Retentissement des bruits du cœur. Ce signe n'indique pas, il

est vrai, le néoplasme, mais seulement l'induration pulmonaire étendue ; il en est de même de la bronchophonie.

Ponction de sang pur ;

Ganglions axillaires ou sus-claviculaires ;

Amaigrissement ;

Teinte jaune paille des téguments ;

Cachexie ;

L'âge du malade pourra enfin entrer en ligne de compte.

Il nous reste maintenant à étudier la forme la plus fréquente, et peut-être aussi la plus intéressante du cancer du poumon : la *forme pleurétique avec épanchement.*

Forme pleurétique avec épanchement. — C'est une des plus communes parmi les formes du cancer pleuro-pulmonaire. L'épanchement pleurétique, extrêmement abondant, absorbe tout le tableau clinique. C'est dans cette catégorie que rentre le cas que nous publions ici.

L'épanchement produit est, le plus souvent, hémorrhagique, mais il peut être aussi séro-fibrineux, séreux, purulent ou chyliforme. La pathogénie de l'épanchement hémorrhagique a été très discutée. On s'accorde à lui reconnaître différentes causes :

1° *Pachypleurite :* il existe, en effet, fréquemment des adhérences pleurales constituées par des néo-membranes très vasculaires, car, dans l'épaisseur du tissu conjonctif néoformé qui les constitue, s'est développé un riche réseau de capillaires à parois embryonnaires très fragiles, de rupture facile par conséquent;

2° Suintement sanguin des tissus péri-néoplasiques fluxionnés ;

3° Hémorrhagie venant des noyaux cancéreux directement (Dieulafoy).

Quoi qu'il en soit, la pleurésie hémorrhagique cancéreuse éclate tantôt brusquement comme une pleurésie franche, tantôt insidieusement, sans que le malade en puisse préciser le début. M. Dieulafoy (1), qui a étudié tout spécialement les pleurésies hémorrhagiques, distingue (2) deux types cliniques de cette affection :

1re variété : La pleurésie se déclare chez un individu manifestement cancéreux, que la tumeur soit encore en activité ou qu'elle ait été antérieurement enlevée par le chirurgien.

2e variété : La pleurésie se déclare sans avoir été précédée de lésions cancéreuses appréciables.

(1) Dieulafoy. — Gaz. hebdomadaire, 1885, nos 17-18-20-21-23, et 1886, no 8. Société médicale des hôpitaux, 11 février 1886.

(2) Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 1896, tome 1, page 427.

Cette division est parfaitement justifiée, car autant le diagnostic est facile dans le premier cas, autant il est difficile dans le second. Et le clinicien s'égare d'autant plus, lorsqu'il n'y a pas de cancer connu, que cette pleurésie, ainsi que le dit le professeur Dieulafoy, peut débuter d'une façon aiguë, et qu'il existe des cas où rien ne peut faire supposer l'existence d'un cancer du médiastin ou du poumon.

Quels sont donc les quelques signes qui peuvent permettre d'arriver au diagnostic ?

« Les *douleurs*, dit M. Dieulafoy, constituent un symptôme important; elles sont fréquentes, parfois vives, persistantes, et ne ressemblent pas au « point de côté » de la pleurésie vulgaire. Suivant le cas, elles sont étalées à la base du thorax, elles irradient aux épaules, aux bras, aux poignets, si bien que quelques malades se croient atteints de rhumatisme... Dans plusieurs de mes observations, j'ai noté des douleurs dans les jointures, de sorte que je me demande s'il n'existe pas un *pseudo-rhumatisme* associé aux manifestations du cancer. »

La *dypsnée* est un des symptômes habituels de la pleurésie associée au cancer pleuro-pulmonaire, dyspnée intense, « parfois angoissante et terrible. » Toujours absente dans la pleurésie séro-fibrineuse ordinaire, elle n'est pas non plus ordinairement observée dans les autres pleurésies hémorrhagiques. On la rencontre dans les tuberculoses aiguës du poumon et de la plèvre, mais en concurrence avec une fièvre intense, ce qui les distingue immmédiatement. Un des grands caractères de cette dyspnée est de ne pas être soulagée par la ponction.

M. Dieulafoy signale encore la *déviation considérable* et *permanente du cœur*, la *propagation des battements cardiaques* dans toute la poitrine, *l'accélération du pouls* sans doute en rapport avec une compression du pneumogastrique et enfin la *nature du liquide* et la reproduction *rapide et persistante de l'épanchement pleural* hémorrhagique après thoracentèse.

Le liquide, avons-nous dit, est, le plus souvent, hémorrhagique, sa couleur est brunâtre ou noirâtre, le sang entre pour un dixième environ dans sa composition. Il est peu fibrineux contrairement au liquide hémorrhagique des pleurésies tuberculeuses (Dieulafoy). Enfin l'examen histologique peut y révéler des cellules caractéristiques. On ne sera autorisé à porter le diagnostic de tumeur maligne que si l'on trouve un grand nombre de cellules

polymorphes ou des amas de cellules épidermoïdes à gros noyaux. L'absence de ces éléments ne permet pas d'autre part d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur maligne.

La reproduction rapide et persistante de l'épanchement s'observe dans les pleurésies hémorrhagiques tuberculeuses tout comme dans les pleurésies hémorrhagiques cancéreuses. Mais le fait est beaucoup plus accusé dans le cancer.

En résumé, dyspnée, absence de soulagement par la ponction, rapide reproduction du liquide, intensité de la douleur, cachexie, signes de compression, épanchement hémorrhagique pauvre en fibrine renfermant des éléments cancéreux constituent les éléments du diagnostic.

Voyons si ces faits se trouvent vérifiés dans le cas que nous avons observé.

OBSERVATION PERSONNELLE

Pleurésie séro-fibrineuse symptomatique d'un sarcome du poumon droit secondaire à un sarcome utérin opéré dix mois auparavant. Reproduction rapide et abondante de l'épanchement après ponction. Pas de signes de compression médiastine. Mort par obstruction intestinale intercurrente. Autopsie.

La nommée J. R..., âgée de 59 ans, entre le 10 février 1896, salle Cl. Bernard, lit n° 19, dans le service de M. le Dr Galliard, à l'hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 77 ans, asthmatique (?) ; Mère morte à 70 ans : hydropisie, anasarque. Neuf frères et sœurs dont trois morts en bas âge ou d'accident et six vivants bien portants.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 12 ans, menstruation régulière, ménopause à 45 ans ; pas d'enfants, pas de fausses couches.

Aucune maladie antérieurement à 1895.

En mai 95, elle fut opérée d'un « sarcome utérin » à Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, par voie abdominale. La cicatrice en est constatable. A la suite de cette opération, elle put se livrer de nouveau à ses occupations. Mais, au commencement de février 96, elle appela un médecin pour une oppression progressivement croissante, datant de quelques jours seulement, et survenue d'une manière insidieuse, sans point de côté, sans fièvre. Le médecin appelé diagnostique une pleurésie, applique successivement trois vésicatoires, et, comme l'épanchement augmente d'une façon inquiétante, envoie la malade à l'hôpital.

Nous voyons celle-ci à 5 heures du soir à la contre-visite.

Ce qui frappe le plus, en l'approchant, c'est une *dyspnée* intense caractérisée par une accélération du rythme respiratoire (32 respirations à la minute) et par une gêne très marquée des mouvements de la respiration. La malade soulève son thorax avec effort ; elle se plaint d'une

sensation de constriction, d'étreinte, d'étouffement dans toute la portion droite du thorax, mais non de point de côté.

Il n'existe pas de phénomènes asphyxiques, la température n'est que de 38°, l'état général et le faciès paraissent bons; il n'y a pas d'autres signes fonctionnels.

A l'examen, nous constatons à droite, dans toute la hauteur du thorax, une *matité absolue*, la vraie matité hydrique, *tanquam percussi femoris*. Elle existe même sous la clavicule.

Les vibrations thoraciques sont abolies dans toute la poitrine de ce côté; il existe une *absence totale de murmure vésiculaire*.

Nous ne constatons ni souffle, ni égophonie.

Du côté gauche, la respiration est supplémentaire.

Le *foie* déborde les fausses cotes de 3 à 4 travers de doigt sur la ligne mamelonnaire.

En présence de ces signes d'un gigantesque épanchement, et d'autant plus qu'il existait une oppression et une dyspnée notables, nous pratiquâmes une thoracentèse d'urgence avec l'appareil de Duguet Nous retirâmes 2 litres 300 d'un liquide séro-fibrineux.

Malgré la nature de ce liquide et nous basant surtout sur l'abondance de l'épanchement, sur la dyspnée et le cancer antérieurement enlevé dont une cicatrice de laparotomie restait le témoin, nous pensâmes qu'il s'agissait d'une pleurésie symptomatique d'un cancer pleuro-pulmonaire.

11 février. Le lendemain, M. le docteur Galliard confirme notre diagnostic.

La malade se trouve soulagée, l'oppression a diminué mais *la dyspnée persiste encore* (34 respirations à la minute).

Les signes stéthoscopiques se sont amendés.

La matité sous-claviculaire droite est remplacée par une sonorité exagérée, skodique. Le murmure vésiculaire est reparu en avant et au niveau de la fosse sus-épineuse.

Les vibrations thoraciques existent dans les 2/3 supérieurs de la poitrine.

Mais la matité persiste en arrière dans la fosse sous-épineuse et à la base du poumon. En ces régions le murmure vésiculaire est diminué.

Les *urines* ne renferment ni sucre, ni albumine.

13 février. La dypsnée a augmenté, la sensation de constriction a reparu, la malade se plaint comme au premier jour et réclame un soulagement.

Le son skodique sous-claviculaire persiste encore mais il y a de la matité dans la région sous-mamelonnaire droite, dans l'aisselle et en arrière jusqu'au dessus de l'épine de l'omoplate. Les vibrations thoraciques, le murmure vésiculaire ont de nouveau disparu entièrement dans cette même région. On entend un souffle tubaire au niveau de la fosse sus-épineuse.

L'épanchement s'est évidemment reproduit.

Une *deuxième ponction* est faite au même point que la première (8e espace sur la ligne verticale descendue de l'épine de l'omoplate) jusqu'à cessation de l'écoulement du liquide et donne 1,600 grammes d'un liquide séro-fibrineux.

14 février. Le skodisme sous-claviculaire persiste encore. La malade est un peu soulagée mais le nombre des respirations est toujours augmenté.

16 février. La dyspnée s'est encore accrue; l'oppression est menaçante.

La température est de 38°.

Les signes stéthoscopiques sont redevenus identiques à ceux du premier jour. Il y a matité sous-claviculaire.

Une *troisième ponction* est pratiquée et nous retirons 2,000 grammes d'un liquide rougeâtre, légèrement hémorrhagique. La thoracentèse n'a pas été poussée jusqu'à cessation de l'écoulement du liquide, la malade s'étant plaint de douleur vive à la région mamelonnaire droite.

18 février. La malade n'a cette fois éprouvé aucun soulagement; la dyspnée est toujours intense; néanmoins le faciès reste bon.

La matité sous-claviculaire existe encore.

Quatrième ponction : deux litres et demi de liquide séro-fibrineux non hémorrhagique sont extraits.

21 février. Nouvel examen des urines. On n'y trouve ni sucre, ni albumine.

22 février. Le liquide paraît diminuer. La matité remonte seulement au niveau de l'angle de l'omoplate.

Le souffle tubaire a reparu à ce même niveau. En avant, la sonorité sous-claviculaire est à peu près normale.

Mais si les signes d'auscultation paraissent s'améliorer, il n'en est pas de même de l'état général : il y a toujours oppression et le faciès se grippe. La malade souffre davantage.

25 février. Liquide toujours stationnaire plutôt diminué. Mais, depuis un jour ou deux sont survenus des vomissements bilieux. La malade se plaint de douleur vive à l'hypochondre et dans l'abdomen. Le faciès se grippe davantage encore.

Les traits sont tirés, les yeux creux, les joues amaigries. Uue faiblesse générale envahit l'organisme.

On pense à une propagation inflammatoire vers le péritoine.

26 février. Les vomissements persistent toujours, bilieux et alimentaires. L'anorexie est totale. On constate de l'œdème de la paroi thoracique au pourtour du rebord costal. Une légère circulation collatérale s'est développée à l'hypochondre droit.

La constipation est opiniâtre. Quelques gaz sont cependant rendus par l'anus.

Les extrémités se refroidissent et se cyanosent.

Le faciès est franchement abdominal.

La température qui, depuis quelques jours, était descendue au-dessous de 37°, remonte à 38°3.

On pense toujours à une péritonite, d'autant plus que l'abdomen est ballonné et très douloureux.

Le repos absolu est ordonné à la malade ; de la glace lui est appliquée sur le ventre depuis deux jours.

A quatre heures de l'après-midi, la malade s'éteint dans le collapsus.

Nous pratiquons l'autopsie le 28 février.

A l'ouverture de l'abdomen, un liquide séro-purulent très peu abondant se présente dans la cavité péritonéale. Le plastron sterno-costal étant enlevé, les viscères sont examinés séparément.

Dans l'*abdomen*, on voit les anses grêles, ainsi que le gros intestin distendus par des gaz et des liquides; l'S iliaque est noirâtre, tordue sur elle-même en volvulus sans qu'on n'y découvre cependant aucun noyau cancéreux ayant pu provoquer le phénomène. Au-dessous de l'S iliaque, le rectum est vide, rétracté.

Le péritoine lui-même, vascularisé par places, ne présente que des lésions à peine appréciables d'inflammation.

L'estomac, le mésentère, les reins, la rate, la veine cave sont sains. Ils ne renferment pas le moindre noyau cancéreux, pas plus que le petit bassin où l'on constate qu'utérus et annexes ont été enlevés en totalité.

Le foie est gros, gras et congestionné.

Il s'agit comme l'on voit d'une obstruction intestinale ayant pour cause un volvulus de l'S iliaque qui a déterminé la mort.

Dans *le thorax*, on trouve une petite quantité de liquide séro-fibrineux épanché dans la plèvre droite.

Les plèvres elles-mêmes sont indemnes de toute lésion.

Le poumon gauche est emphysémateux. A sa languette antérieure adhère un petit ganglion dur, squirrheux, blanchâtre à la coupe, du volume d'une noisette, et que l'on détache facilement sans déchirer le parenchyme pulmonaire. Les autres ganglions du médiastin sont indemnes, de même que ceux des régions sus-claviculaires.

Le poumon droit présente les lésions intéressantes : le lobe inférieur n'offre rien d'anormal ; le lobe supérieur renferme une nodosité cancéreuse, dure, de couleur blanche, du volume d'un œuf de pigeon. Le lobe moyen, de son côté, est infiltré dans sa totalité d'une matière analogue à la précédente, blanchâtre, dure, avec quelques petits points noirs disséminés, hématiques. Au raclage, on obtient le suc lactescent des tumeurs néoplasiques. Ce lobe moyen ainsi envahi est doublé de volume, il fait saillie en arrière, entre les deux autres lobes, dans la gouttière vertébrale. Il ne comprime aucun organe important et ne contracte aucune adhérence avec la plèvre pariétale.

Le cœur est sain.

On ne trouve trace de cancer nulle part ailleurs.

Nous avons prélevé, pour l'examen histologique, le ganglion signalé plus haut et une partie de la tumeur. Après fixation au Muller et montage à la paraffine, les coupes furent colorées à l'hématoxyline éosine. Nous les soumîmes à l'examen de M. le docteur Galliard, et à celui de notre distingué collègue, Louis Guillemot, et nous tombâmes d'accord qu'il s'agissait d'un sarcome à la fois globo et fuso cellulaire. Le ganglion reproduisait, bien entendu, le même type de tumeur. Des vaisseaux gorgés de sang s'y montraient nombreux, comme c'est la règle dans ces sortes de tumeurs, creusés à même dans la masse néoplasique, sans enveloppe propre au milieu des tourbillons de cellules.

Réflexions. — Quelques points de cette observation méritent d'être relevés. Nous ferons remarquer d'abord combien le diagnostic aurait été difficile, si nous n'avions pas eu connaissance de l'opération utérine antérieure, et cela justifie bien les deux variétés, artificielles, il est vrai, mais bien cliniques, créées par M. Dieulafoy, de pleurésies cancéreuses : *a*) pleurésies chez les cancéreux avérés; *b*) pleurésies chez des cancéreux non soupçonnés.

La malade se présentait à nous, porteur d'une pleurésie, et le médecin qui l'avait envoyée s'était contenté de ce diagnostic. Il n'y avait là, d'ailleurs, ni état cachectique, ni expectoration gelée de groseilles, ni ganglions sus-claviculaires, ni phénomènes de compression médiastine.

Existait-il donc des signes qui, au cas où nous n'aurions pas connu le cancer antérieur, auraient pu faire porter le diagnostic?

Mais oui, et notre observation corrobore pleinement les idées de M. Dieulafoy, sur ce sujet.

1° *La douleur.* — Il ne s'agissait pas du point de côté ordinaire des pleurétiques, mais bien d'une oppression, d'une sensation d'étouffement, de constriction thoracique permanente, que calmait momentanément la ponction. Cette sensation de constriction thoracique nous a paru assez spéciale, quoique non signalée. Elle devait mettre en garde contre la pleurésie simple. Il n'y avait pas de pseudo-rhumatisme.

2° *La dyspnée.* — Le rythme respiratoire avait doublé de vitesse chez notre malade, et, fait important, cette accélération du rythme persistait même après la ponction, ainsi que les efforts respiratoires de la malade.

3° *La reproduction rapide du liquide.* — En effet, nous dûmes faire quatre ponctions dans l'espace de huit jours.

A propos de ce liquide, nous ferons remarquer que, contraire-

ment à ce qui a lieu d'ordinaire, il n'était pas hémorrhagique, mais séro-fibrineux ; cela, malgré l'intégrité, à peu près absolue, des plèvres et l'absence de toute compression veineuse. Une chose remarquable aussi, c'est son *abondance*, fait qui nous paraît assez spécial au cancer. En effet, dans les huit jours, les ponctions fournirent successivement 2,300 gr., 1,600 gr., 2,000 puis 2,500 gr. de liquide, au total 8,400 grammes de liquide. Or, pour abondants que soient les épanchements pleurétiques dans le cancer pleuro-pulmonaire, ils le sont rarement à ce point. Le professeur Dieulafoy cite comme cas exceptionnels une observation à lui personnelle, où vingt litres furent extraits en cinq mois, et une de Desnos où 40 litres furent extraits en six mois.

Nous terminerons, en attirant l'attention sur trois points : *a*) l'épanchement pleural cessa brusquement de se produire au moment de l'apparition des phénomènes d'obstruction intestinale. Nous ne chercherons pas l'explication du fait. Il peut, d'ailleurs, s'agir d'une simple coïncidence ; *b*) la voie suivie pour la récidive, a été la voie veineuse, comme c'est la règle dans ces cancers secondaires, car il n'y avait aucun noyau intermédiaire entre la tumeur et le petit bassin ; *c*) il n'y avait pas de généralisation cancéreuse, comme c'est pourtant la règle dans les tumeurs du poumon, car la mort est survenue avant celle-ci par un accident intercurrent. Elle n'aurait certainement pas tardé, puisque déjà un ganglion était engorgé.

TRANSMISSION DU CANCER DU CHIEN AU CHIEN, RÉSULTAT POSITIF DANS UN CAS.

EXPÉRIENCES DE MM. MATHIS ET VIOLET.

Par **M. MATHIS**
Professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Dans le courant de l'année 1883, j'ai fait, en collaboration avec M. le professeur Violet, et avec M. Faivre, répétiteur de clinique, quelques tentatives d'inoculation du cancer. — Toute tumeur maligne du chien, en voie de généralisation, était inoculée à un animal de même espèce, autant que possible de même race, de même sexe et de même âge, et dans l'organe homologue. Nous avons expérimenté sur sept carcinomes ou

sarcomes de la mamelle de la chienne et sur deux goitres cancéreux. On opérait de la manière suivante et très aseptiquement : des particules de tumeurs étaient coupées, hachées, broyées dans une petite quantité d'eau distillée ; le liquide obtenu par filtration sur un linge était injecté à l'aide d'une seringue de Pravaz dans la masse de l'organe. Les inoculations de cancer de la mamelle ont constamment donné un résultat négatif, mais il est bon de dire que les glandes mammaires qui recevaient le produit étaient en état de repos fonctionnel, l'occasion ayant manqué d'avoir sous la main des chiennes nourrices. Des deux inoculations du cancer de la glande thyroïde, dans la même glande de chiens bien portants, l'une a donné un résultat négatif, mais l'autre a déterminé au bout de trois mois une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dont l'aspect, la couleur, la consistance et la structure histologique étaient absolument la reproduction de la tumeur primitive, c'est-à-dire un tissu aréolaire rempli de grosses cellules épithélioïdes avec tendance à la transformation colloïde. Il n'y avait aucun commencement de généralisation au poumon.

En 1891 j'ai tenté quatre fois la greffe intra-péritonéale de diverses tumeurs cancéreuses du chien, mais j'ai obtenu constamment des résultats négatifs.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DES EXPÉRIENCES RELATÉES CI-DESSUS.

Par le professeur **MAYET**, de Lyon.

Les faits de transmission expérimentale du cancer d'un animal à un autre de la même espèce connus actuellement, quoique peu nombreux, ne sont pas contestables, ni absolument exceptionnels. Ils peuvent presque tous être considérés comme des greffes, comme l'introduction dans les tissus de cellules cancéreuses encore vivantes et capables de devenir le point de départ d'une prolifération nouvelle.

Les greffes sur l'homme ont également réussi dans cinq ou six cas cités dans tous les travaux récents sur la transmission des cancers, par introduction dans les tissus sains de fragments de néoplasmes.

Le fait positif de MM. Violet et Mathis rentre dans cette

catégorie. Leurs expériences négatives confirment la difficulté qu'on a à trouver des sujets qui puissent fournir un terrain favorable à cette transplantation.

Les injections, dans les vaisseaux ou les tissus, de liquides cancéreux obtenus par trituration et filtration imparfaite, sont à mon avis des expériences du même ordre que les greffes, malgré les différences apparentes considérables du mode de procéder.

On peut très rationnellement admettre que des parcelles de néoplasme contenant plusieurs cellules pouvant encore reprendre leurs propriétés vitales, introduites dans les organes ou arrêtées dans les capillaires, soient capables de devenir le point de départ de proliférations multiples.

Le fait unique souvent cité de Langenbeck doit être interprêté ainsi. C'est un cas de greffes multiples internes, mais il a une signification différente de ceux que je viens de rappeler parce qu'il a réalisé la transmission d'une tumeur maligne de l'homme à un animal par ce mécanisme.

Wirchow a voulu contester sa valeur en prétendant que les lésions multiples pulmonaires observées étaient dues à une circonstance fortuite, que l'auteur avait expérimenté sur un animal atteint de cancer spontané du poumon, interprétation qu'il est impossible d'admettre, car le cancer n'a jamais ce siège primitif chez le chien et n'y serait pas né en tout cas par des tumeurs multiples.

Les faits de Morau, mis à part les cas où il a pratiqué une véritable greffe externe, sont des exemples de transmission réelle du principe pathogène de l'épithélioma de la souris, sans transplantation de son support cellulaire, car cette lésion s'est développée maintes fois après l'ingestion dans des points éloignés du tube intestinal et dans des conditions où l'on ne peut supposer que les éléments anatomiques du néoplasme n'aient pas été détruits dans les voies digestives, ni admettre comme probable qu'ils aient pu pénétrer par les vaisseaux dans la circulation à l'état de cellules intactes, et puisque même il a été transmis des animaux atteints à leur progéniture par voie d'hérédité.

Dans les recherches que je poursuis depuis plusieurs années (1) et qui ne m'ont encore donné qu'un résultat absolument positif et d'autres qui me paraissent valables mais ne sont pas aussi démonstratives, je vise un autre but, la transmission du cancer de l'homme aux animaux et non d'espèce à espèce semblable et dans des conditions qui excluent l'idée d'une simple transplantation d'éléments cancéreux.

Je ne veux pas revenir sur les considérations que j'ai développées ailleurs à leur sujet.

Je reconnais en tout cas qu'ils ne sont pas encore suffisants pour éclairer la pathogénie du cancer.

(1) Voir Congrès de chirurgie et Congrès de médecine, Lyon 1894, et *Mercredi médical*, 25 novembre 1894.

Quoique la solution de la question me paraisse devoir être cherchée dans une autre voie que celle de l'insertion d'éléments anatomiques cancéreux ou de liquides en contenant très probablement, il importe de ne pas laisser ignorer les résultats obtenus ainsi.

Toutes les expériences instituées dans des conditions de rigueur scientifique et de détermination parfaite, peuvent apporter à un moment donné des renseignements précieux, quelles que soient les idées théoriques qui les aient inspirées.

A ce titre nous devons remercier M. Mathis de nous avoir fait connaître des résultats qu'il hésitait à tort à publier.

Ses autres travaux antérieurs, si universellement connus et si appréciés, indiquent toute la confiance qu'on doit avoir dans la relation des faits qu'il a observés en collaboration avec un savant aussi modeste que méritant et regretté, le professeur Violet.

INFLUENCE DE L'HÉRÉDITÉ SUR LA FRÉQUENCE DU CANCER EN NORMANDIE (1)

Par M. le Dr J. REBULET.

Dans l'espace de huit ans, j'ai observé dans ma clientèle, qui comprend environ 3500 âmes, 106 cas de cancer. Cette proportion est évidemment énorme. A quoi tient-elle ? C'est ce que je vais essayer d'exposer.

D'abord les cancers que j'ai constatés en Normandie (Bourgthéroulde et environs, Eure) ne se comportent pas autrement que dans les autres régions où cette affection existe. J'ai observé avec une fréquence remarquable le cancer de l'estomac, mais presque exclusivement chez l'homme. Je dirai tout à l'heure comment cette prédominance pourrait s'expliquer.

J'ai observé aussi un grand nombre de cancers du sein et quelques cancers de l'utérus. J'ai observé enfin des cancers de l'estomac, de l'intestin, du foie, du testicule, de la face, de l'œil, de la mâchoire, du pénis (un seul cas) et de la cuisse (un seul cas également).

Comme la grande majorité des auteurs qui se sont occupés de la question, j'ai constaté la fréquence de l'affection chez les

(1) Dr J. Rebulet : Thèse de doctorat, Paris 1896, n° 302, p. 33.

personnes âgées et sa rareté chez les personnes au-dessous de quarante ans.

Faut-il incriminer le sol, le climat, les professions, les excès alcooliques, les maladies débilitantes ? Nullement, d'après mes constatations.

Il ne nous reste plus que deux raisons étiologiques à mettre en avant : la contagion et l'hérédité.

Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, M. Arnaudet s'est montré partisan convaincu de la contagion, tandis que la majorité des médecins de la région se sont prononcés contre ce mode de transmission.

Il ne me semble pas non plus qu'on puisse invoquer la contagion pour expliquer la fréquence du cancer à Bourgthéroulde et environs.

Dans son étude, Arnaudet a bien noté la localisation du cancer dans certaines localités, dans une rue même, et il y a vu la preuve de la contagion, l'agent du contage se transmettant par l'eau impure qu'on emploie à la fabrication du cidre. Mais de cette contagion et surtout de cette transmission il ne nous donne aucune preuve certaine et son opinion ne me semble qu'une hypothèse. D'autre part il ne s'est enquis en aucune façon, ou du moins il n'en parle pas, de l'hérédité cancéreuse de ses malades. Peut-être eût-il trouvé là la solution du problème.

Frappé, comme l'a été M. Arnaudet, de la fréquence du cancer dans ma clientèle, j'ai tout d'abord, comme lui, songé à la possibilité d'une contagion et j'ai fait quelques recherches dans ce sens, recherches qui m'ont convaincu qu'il fallait incriminer une autre cause.

Presque tous mes malades en effet avaient des antécédents cancéreux héréditaires. Je vais à titre de preuve donner un résumé rapide des cas sur lesquels j'ai conservé mes notes d'observation médicale.

1. E. N. 49 ans, cancer utérin. Diagnostic contrôlé par le docteur Duménil (de Rouen). Son père et deux de ses oncles sont morts d'un cancer de l'estomac.

2. E. L. 51 ans, cancer utérin, père et mère morts cancéreux.

3. F. L. 54 ans, cancer utérin. Diagnostic contrôlé par le docteur Fr. Hue (de Rouen) qui l'a opérée. Elle est morte deux mois après de cancer généralisé. Son père est mort de cancer de l'estomac.

4. B..., 28 ans, cancer utérin. Pas d'antécédents héréditaires : ses parents sont encore vivants. Mais cette fille est cousine au 3e et 4e degré des malades des observations 1, 2 et 3. Elle a donc des collatéraux cancéreux et il en existait très probablement aussi parmi ses grands-parents.

5. F..., 74 ans, cancer de l'estomac, ne peut me fournir de renseignements sur ses parents, mais une de ses sœurs est morte de cancer du sein à l'âge de 54 ans.

6. F. A. 55 ans, morte de cancer utérin. Pas de renseignements sur ses parents, mais des cousins sont morts cancéreux.

7. F. M. 44 ans, cancer du sein, un de ses oncles est mort cancéreux. Diagnostic contrôlé par le docteur Duménil.

8. F. O. 59 ans, cancer du sein. Pas de renseignements héréditaires. Diagnostic contrôlé par le docteur Duménil. Mourut six mois après l'opération.

9. F. C. 52 ans, cancer du sein. Son père était cancéreux. Est morte deux ans après l'opération.

10. F. P. 54 ans, cancer du sein. Opérée par le docteur Grosclaude (d'Elbeuf.) Son père est mort cancéreux.

11. F. V. cancer atrophique du sein. Son père est mort de cancer de l'estomac et une de ses sœurs est morte, à Rouen, de cancer de l'utérus.

12. F. V. 68 ans, cancer atrophique du creux de l'aisselle. Pas de renseignements sur ses parents, mais est cousine germaine de la malade de l'observation 11.

13. F. V. cancer du sein. Opérée par le docteur Flaubert. Est encore vivante. Pas d'antécédents héréditaires connus, mais elle est aussi cousine germaine de la malade n° 11.

14. E. M. 50 ans, cancer du sein. Diagnostic contrôlé par le docteur François Hue. Traitée et améliorée par les injections hypodermiques d'acide arsénieux. Morte depuis de l'influenza. Pas de renseignements sur son hérédité.

15. L..., 48 ans, cancer du testicule. Son père est mort de cancer de l'estomac.

16. G..., 46 ans, cancer du testicule, puis du foie. Pas de renseignements sur son hérédité.

17. O..., 48 ans, cancer du testicule. Son père est mort de cancer de l'estomac. Opéré par le docteur Buffet (d'Elbeuf).

18. M..., 44 ans, cancer de l'estomac. Sa mère est morte de cancer du sein.

19. D..., 52 ans, cancer de l'estomac. Son père est mort de cancer de l'estomac.

20. L..., 53 ans, cancer du pylore. Pas de renseignements certains sur son hérédité.

21. C..., 54 ans, cancer du pylore. Son père et sa mère n'étaient pas cancéreux, mais deux de ses oncles sont morts de cancer de l'estomac.

22 O..., 50 ans, cancer du pylore. Pas d'antécédents cancéreux.

23 et 24. G..., 74 ans, cancer de l'estomac. Sa femme, âgée de 71 ans, mourut également de cancer de l'estomac deux ans après lui. Leurs ancêtres directs n'étaient pas cancéreux, mais on compte plusieurs cancéreux dans leur famille.

25. N..., 45 ans, cancer du cardia. Son père est mort cancéreux.

26. F..., 72 ans, cancer du pylore. Pas d'antécédents héréditaires.

27. L..., 60 ans, cancer du gros intestin. Pas d'antécédents héréditaires, mais son frère, qui n'habitait pas le pays, est mort, à 52 ans, de cancer du foie.

28. M..., 66 ans, cancer de l'œil. Son père est mort cancéreux.

29. O..., 52 ans, cancer de l'œil. Deux oncles cancéreux.

30. P..., 52 ans, cancer du foie. Sa mère est morte de cancer du sein.

31. M..., 46 ans, cancer du foie. Une de ses sœurs était en même temps que lui atteinte de cancer du sein.

32. L ..., 52 ans, cancer du foie. Son père est mort de cancer de l'estomac.

33 et 34. 50 ans, cancer du foie. Son mari est mort d'un cancer à la main. Plusieurs collatéraux cancéreux.

35. M..., 24 ans, ostéo-sarcome du maxillaire supérieur. Opéré par le docteur Duménil il y a cinq ans. S'est maintenu en bonne santé depuis. Pas d'hérédité.

36. F..., 54 ans, ostéo-sarcome du maxillaire supérieur. Son père est mort cancéreux.

37. M..., 55 ans, cancer de la lèvre supérieure. Opérée il y a 6 mois, sans rechute depuis. Pas de renseignements certains sur son hérédité.

38. O..., 63 ans, cancer de la face. Pas de renseignements certains sur son hérédité.

39. F. L..., 55 ans, ostéo-sarcome de la cuisse. Son père et sa mère étaient cancéreux.

En somme, sur ces 39 malades dont j'ai conservé un souvenir

précis, éliminons les 6 cas pour lesquels je n'ai pu me procurer de renseignements précis; sur les 33 malades qui restent, trois seulement n'avaient pas d'antécédents cancéreux, alors que trente comptaient des cancéreux et souvent plusieurs parmi leurs ancêtres et leurs collatéraux. Ces chiffres valent mieux qu'une hypothèse, et il est impossible de nier l'importance de ce facteur étiologique qu'est l'hérédité dans la genèse du cancer.

Un confrère, le docteur Émile Laurent, de Paris, me disait : « Je connais dans l'Aube deux villages formant une population d'environ 600 âmes et où le cancer est presque inconnu. Cependant, il y a une famille qui, à chaque génération, voit un de ses membres périr de cancer, et cela depuis quatre générations ». Or, comment expliquer par la contagion cette observation curieuse qui corrobore les miennes ?

Non-seulement le cancer se transmet par hérédité, ainsi que je l'ai constaté chez les 30 malades dont je viens de donner l'observation, mais encore cette hérédité est presque fatale; c'est une sorte d'hérédité exaltée. Sa raison en est, pour moi, dans la fréquence des mariages consanguins au troisième et surtout aux quatrième et cinquième degrés dans ces villages. Presque toutes les familles se trouvent alliées par les mariages et sortent de la même souche; il n'existe parmi eux que cinq à six noms.

On admet généralement aujourd'hui que les unions consanguines n'ont aucune influence fâcheuse sur la santé des enfants, si les époux sont parfaitement sains, si leur famille ne présente aucun vice héréditaire apparent ou caché, et s'ils sont d'âge convenablement assorti. Ces unions donnent au contraire des résultats fâcheux, pour peu que l'état sanitaire de la famille laisse à désirer. Dans ce cas, les résultats de l'union de deux époux consanguins sont infiniment plus déplorables que ceux de l'union de deux époux étrangers, alors même que chacun de ces derniers serait plus gravement affecté du même principe morbide que les époux consanguins.

« Ce n'est pas la consanguinité qui est saine ou morbide, dit M. Lacassagne, c'est le terrain sur lequel elle se produit (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 694).

Selon J. Bertillon, « les mariages consanguins ont pour résultat de faire disparaître promptement un nombre de familles mal formées, tandis qu'ils paraissent, au contraire, épanouir les autres avec une énergie nouvelle (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. *Mariage*, p. 63).

Le rôle de la consanguinité semble être d'élever l'hérédité à sa plus haute puissance et de favoriser entièrement la reproduction des particularités morphologiques et physiologiques, quelles qu'elles soient. Elle hâte la dégénérescence du produit, et, comme l'a fort bien montré l'aliéniste Morel, elle accumule sur les descendants les vices héréditaires de leurs familles.

« La consanguinité, dit également Sanson, est un mode de l'hérédité; à l'atavisme de la race elle joint celui de la famille. Elle réalise les plus complètes conditions de la loi des semblables ». Ainsi, quand on unit deux individus tarés de races différentes, leurs tares peuvent en quelque sorte former antagonisme et se combattre ; et il peut naître d'eux un produit supérieur à chacun des deux facteurs pris en particulier. Mais si ces deux individus sortent d'une même souche, si le même sang coule dans leurs veines, s'ils sont frappés des mêmes tares, ces tares, au lieu de se superposer, de s'atténuer ou même de s'annihiler, ne feront que s'accumuler et s'exalter.

N'est-ce pas là ce qui se passe pour les cancéreux que j'ai observés en Normandie ? Des issus de cancéreux, souvent futurs cancéreux eux-mêmes à un moment donné, et consanguins à un degré plus ou moins éloigné, mais originaires de la même souche, s'allient entre eux, et on voit le cancer refleurir avec une vigueur surprenante chez leurs descendants.

En Normandie, comme partout du reste, les gens tiennent trop peu compte des lois de l'hérédité quand ils marient leurs enfants. « Ce dogme de l'hérédité n'est méconnu qu'en ce qui concerne l'espèce humaine, dit le docteur Émile Laurent. S'il s'agit d'une espèce animale quelque peu précieuse, on en tient le plus grand compte. Dans l'espèce humaine on ne se préoccupe que de la fortune et du nom. Un homme, qui ne laisserait pas couvrir sa bourrique par un baudet mal bâti ou de mauvaise race, donne sa fille à un fils de cancéreux, de tuberculeux ou d'aliéné » (1).

Je crois encore trouver une autre preuve de cette influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer dans notre région dans ce fait que la tuberculose y est très rare. Je n'ai pu en observer que 16 cas en huit ans. Sur ce nombre, trois seulement ont été atteints dans le pays; les autres malades ont été frappés pendant leur séjour au régiment ou bien dans une ville où ils étaient allés travailler. De plus, la guérison est assez fréquente. Plus des trois quarts de mes malades ont guéri quand ils sont revenus au pays.

(1) *Mariages consanguins et dégénérescences.* 1 vol. n. 12, Paris 1885, p. 65.

Faut-il voir là une sorte d'antagonisme entre la tuberculose et le cancer? Bien que cette idée puisse à la rigueur se concilier avec les nouvelles doctrines parasitaires, je crois cependant que cette rareté et cette bénignité de la tuberculose dans le canton de Bourgtheroulde sont dues à une autre cause, et cette cause serait encore l'hérédité.

Il se produit pour la tuberculose juste l'inverse de ce qui se produit pour le cancer. Si celui-ci, de nature parasitaire ou non, peu importe, évolue avec une telle fréquence parmi les habitants de ce pays, c'est qu'il trouve chez eux un terrain tout préparé par une longue hérédité. Le parasite de la tuberculose, au contraire, importé du dehors, et arrivant à se développer chez les indigènes normands par suite de mauvaises conditions hygiéniques temporaires, s'éteint et disparaît lorsque les sujets atteints reviennent dans leur pays où ils trouvent une vie meilleure, une alimentation abondante, etc...; d'autre part, le parasite ne se propage pas, parce qu'il tombe sur un terrain nullement apte à le recevoir et à le faire pulluler, terrain nullement préparé par les mauvaises conditions hygiéniques et surtout par l'hérédité. S'il n'en était pas ainsi, pourquoi le bacille de Koch ne se propagerait-il pas avec la même facilité que le parasite présumé du cancer? Trouverait-il dans l'eau et le cidre des véhicules moins favorables à sa propagation? Pourquoi le cidre qui transmet le parasite ou le contage du cancer ne pourrait-il transmettre celui plus virulent et bien mieux connu de la tuberculose? L'hérédité seule nous semble pouvoir donner la clef de ce mystère.

ANALYSES

Appareil de la locomotion

William Rose. — *Sarcome du fémur. Amputation dans le milieu de la cuisse. Réamputation à la hanche.* (Médecine Mod. Par., 27 juin 1896, p. 412).

Jeune homme de 27 ans. Gonflement douloureux de l'extrémité inférieure du fémur; genou fléchi. Une incision sur le devant de la jointure montre la synoviale épaissie et le fémur converti en matière

d'aspect sarcomateux. Amputation à la partie moyenne de la cuisse. Fémur suspect. Guérison opératoire.

Deux mois plus tard hypertrophie manifeste de l'os. Désarticulation. L'examen du fémur, par une section longitudinale, a montré des nodules sarcomateux disséminés s'étendant dans toute la longueur de l'os jusque dans la tête.

G. Keim. — *Sarcome ossifiant du pouce.* (Soc. anat. Par., 22 mai 1896, p. 371).

Cette tumeur, observée sur une femme de 61 ans, s'est développée depuis 6 ans consécutivement à un traumatisme. Du volume d'une mandarine, elle présente les symptômes du sarcome, et engaîne presque complètement le pouce. Amputation du doigt. A l'examen histologique, on reconnaît qu'il s'agit d'un *sarcome calcifié d'origine cartilagineuse*, le cartilage épiphysaire de la première phalange se continuant avec la partie centrale de la tumeur.

P. Ardouin. — *Ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus.* (Soc. anat. Par., 12 juin 1896, p. 426).

Enfant de 10 ans. Chute sur l'épaule, en février 1896, suivie de douleurs et d'un gonflement de la région qui s'est principalement accru après une application de pointes de feu. Tuméfaction considérable présentant l'aspect caractéristique du gigot de mouton et semblant se fusionner avec l'acromion et pénétrer dans la fosse sous-épineuse. Omoplate mobile. Amputation interscapulo-thoracique. Suites normales. Il s'agissait d'un ostéosarcome (fuso-cellulaire) de l'extrémité supérieure de l'humérus avec envahissement des ganglions lymphatiques axillaires. La capsule articulaire, l'omoplate et la clavicule étaient indemnes.

P. Mermet. — *Epulis sarcomateuse à myéloplaxes. Particularités histologiques.* (Soc. Anat. Par., 29 mai 1896, p. 389).

L'intérêt de cette observation, concernant une jeune femme, réside dans la lente et bénigne évolution de cette épulis, dont l'apparition remonterait à dix ans et dont le point de départ a été le périoste maxillaire. En outre ses caractères histologiques offrent les particularités suivantes :

Le néoplasme est presque complètement encapsulé. Les myéloplaxes y sont en très grand nombre mais plus petits et plus réguliers que dans les cas ordinaires. Dans cette tumeur il n'existe de vaisseaux qu'au voisinage du noyau osseux central et dans sa capsule d'enveloppe.

Appareil de l'innervation

Deguy. — *Psammome de l'arachnoïde.* (Soc. Anat. Par., 19 juin 1896, p. 447).

Homme atteint de myélite transverse et mort de pleurésie purulente. Parmi les lésions constatées à l'autopsie on a trouvé, au niveau de la 7me vertèbre dorsale, une petite tumeur adhérente à la dure-mère et comprenant la moelle. Histologiquement elle présentait les caractères du sarcome angiolithique.

Arthur J. Hall. — *Tumeur du cervelet avec hydrocéphalie secondaire.* (Médecine Mod., 24 juin 1896, p. 404).

Enfant de 4 ans. Début de la maladie par des maux de tête et des vomissements bilieux; quelques mois plus tard, démarche chancelante, puis impossibilité de marcher et retour de la céphalalgie et des vomissements. Quelques convulsions. Tête volumineuse. Névrite de l'œil droit. Aggravation rapide des accidents, coïncidant avec le développement d'une hydrocéphalie secondaire. Mort.

A l'autopsie, l'on trouva les os du crâne très amincis; le cerveau était très agrandi et les deux hémisphères cérébraux avaient l'air de deux poches de liquide. La distension énorme des ventricules latéraux par le liquide avait causé un amincissement considérable de la substance des hémisphères. En ouvrant le cerveau, l'on trouva toutes les cavités du canal central au-dessus du quatrième ventricule très distendues par le liquide cérébro-spinal clair. Une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule occupait le lobe central du cervelet, surgissant en apparence du côté gauche de la ligne médiane. Cette tumeur était enfermée dans une capsule et tout à fait séparée à sa périphérie du restant du cervelet. La pression qu'elle avait exercée avait aplati plusieurs parties du cervelet et avait changé de forme la moelle allongée et la protubérance. Elle semblait obstruer complètement le quatrième ventricule, et cette obstruction mécanique entre les ventricules du cerveau et le foramen de Magendie à la racine du quatrième ventricule paraît avoir été une cause importante de la distension graduelle des ventricules par le liquide. Un autre obstacle à la circulation cérébrale, dû à la pression de la tumeur, était probablement quelque obstruction à la sortie du sang des parties plus profondes du cerveau à travers la veine de Galien. La tumeur était un sarcome à cellules arrondies.

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Blanc. — *Epithélioma de la langue greffé sur d'anciennes plaques de leucoplasie. Amputation de l'organe. Pas de récidive trois ans après l'opération.* (Loire Méd., 15 juin 1896, p. 142).

Homme de 71 ans, grand fumeur. Depuis une douzaine d'années, plaques blanchâtres hypertrophiques sur la langue et la face interne des joues. Arrachement de l'une de ces plaques. A la suite, ulcération progressive et symptômes ordinaires de l'épithélioma; engorgement bilatéral des ganglions sous-maxillaires. En 1893, amputation de la langue au niveau du V lingual; extirpation des ganglions; réunion par première intention. Pas de récidive trois ans après cette opération.

H. Matagne. — *Un cas de cancer du plancher de la bouche guéri par le traitement de Coley.* (Gaz. Méd. Liège, 1896, n° 33).

Homme de 64 ans, atteint d'une tumeur trilobée, dure, ulcérée, siégeant au plancher de la bouche; l'un des lobes a le volume d'une noix. A la région sous-maxillaire gauche, ganglion de la grosseur d'une noisette; deux autres petits ganglions sous le menton. Douleurs lancinantes. Des injections de 5, 10, 20 et 40 centigrammes de toxine sont pratiquées dans la région sous-hyoïdienne et dans la tumeur; en tout 8 injections en 9 jours, soit 165 centigrammes de toxine. A la suite de ces injections, on a noté des phénomènes d'infection érysipélococcique, qui n'ont disparu qu'au bout de quatre semaines; puis les tumeurs ont diminué progressivement et, deux mois après, il n'en restait plus de trace.

2° Partie sous diaphragmatique de l'appareil de la digestion

E. Hirtz et E. Lesné. — *Epithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une femme de 19 ans.* (Médecine Mod., 29 juillet 1896, p. 481).

Jeune femme de 19 ans, sans antécédents héréditaires. Chancre induré à 13 ans; court traitement consécutif. Excès alcooliques. Depuis deux ans, amaigrissement et, depuis six mois, douleurs intermittentes stomacales, réveillées par l'ingestion des aliments; dans les derniers temps, inappétence, régurgitations et vomissements des aliments, qui sont arrêtés au niveau du cardia. Symptômes de tuberculose pulmonaire à marche rapide. Mort.

A l'autopsie, on constate les lésions de la tuberculose pulmonaire, une péritonite chronique avec semis généralisé de granulations, un rétrécissement de l'œsophage à 15 centimètres au-dessous

du cricoïde et un épaississement considérable, d'aspect lardacé, de toutes les parois de l'estomac. L'examen microscopique donne les renseignements suivants : « L'épithélium a presque complètement disparu. La surface de la muqueuse est hérissée de prolongements conjonctifs recouverts de cellules cylindriques. Ces prolongements limitent une série de boyaux juxtaposés, allant vers la profondeur, ramifiés par places et tapissés de cellules cylindriques assez régulièrement implantées sur les parois ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on en voit quelques-unes de libres dans la cavité. Parfois les culs-de-sac sont coupés perpendiculairement à leur axe et apparaissent sous forme de cercles dont la face interne est tapissée par le même épithélium cylindrique, *typique*. En aucun point il n'y a de carcinome. Toute la muqueuse est occupée par ces culs-de-sac dilatés qui en rendent les éléments méconnaissables ; les fibres de la couche musculaire sont dissociées et séparées par les mêmes éléments épithéliaux.

Plus profondément le tissu cellulaire est infiltré de nombreuses cellules cylindriques plus grosses et plus irrégulières, dont le noyau se colore mal à l'hématoxyline ; elles sont là disposées irrégulièrement et entourées d'éléments conjonctifs avec fibrilles et cellules rondes abondantes.

Cela paraît être en somme *un épithélioma développé aux dépens des culs-de-sac glandulaires de la muqueuse gastrique.*

Les mêmes lésions existent au niveau du cardia et du pylore. Génération ganglionnaire.

Morison.— *Cancer du pylore ; excision, gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy ; rétention de ce bouton dans l'estomac ; vomissements incoercibles. Mort.* (Médecine Mod., 13 juin 1896, p. 379).

Femme de 42 ans atteinte depuis 10 mois des symptômes avec tumeur d'un cancer du pylore. Laparotomie : Excision de la tumeur qui empiétait sur le duodénum, dont l'extrémité coupée est fermée. Abouchement de l'estomac et du jejunum avec le bouton de Murphy, à partir du 4e jour douleurs à l'estomac, issue de liquides à odeur fécaloïde par le pansement et vomissements qui se répètent : Mort le 15e jour.

A l'autopsie, on trouva la plaie abdominale non entièrement fermée. Un sinus, assez grand pour admettre un crayon, allait dans la cavité abdominale ; en ouvrant l'abdomen on découvrit que ce sinus menait à un point situé entre les restes de l'estomac et du duodénum. Le sinus était petit dans toute sa longueur et absolument séparé de la cavité générale de l'abdomen par des adhérences. Il n'y avait pas de péritonite et pas de signes d'obstruction abdominale. L'intérieur gastro-intestinal était presque vide. Pas de distention. Tout le contenu de l'abdomen fut retiré en bloc en

dérangeant les relations des différentes parties le moins possible ; un robinet fut assujetti à l'extrémité gastrique de l'œsophage, et, par ce moyen, on fit couler de l'eau lentement dans l'estomac. Une petite quantité s'écoula à travers les bouts suturés et de l'estomac et du duodenum dans le sinus qui communiquait avec la surface. L'eau passa facilement en descendant à travers le parcours intestinal. Il ne restait plus que le bout cardiaque de l'estomac ; plus de la moitié du viscère avait été enlevée. L'anastomose entre l'estomac et le jejunum était parfaite et l'ouverture excellente. Le bouton de Murphy se trouvait libre dans la portion qui restait de l'estomac. Il n'y avait aucune trace de la tumeur qui semblait avoir été entièrement enlevée. Pas de dépôts secondaires.

Quenu. — *Du traitement du cancer du rectum.* (Soc. de Chir. Par., 22 juillet).

Quenu estime d'après les opérations qu'il a faites à l'hôpital ou en ville, que l'opération de Kraske est grave, contrairement à l'opinion de Chaput. (*Voir Revue des maladies cancéreuses*, T. I. Fasc. 4 p. 237. Sur 13 opérations pour cancers étendus, il a eu 5 morts, dont une par gangrène du bout supérieur et les autres par septicémie sans péritonite.

Mais il y a lieu d'espérer que la mortalité diminuera le jour où le diagnostic sera fait au début de la maladie ; l'intervention sera moins dangereuse. Toutefois on doit savoir que l'état des malades influe sur les indications opératoires et que le pronostic sur les sujets déprimés est ordinairement mauvais.

Au point de vue opératoire, il faut enlever le segment rectal malade comme une tumeur, envelopper, après résection de ce segment, les deux bouts supérieur et inférieur avec de la gaze iodoformée et laisser la plaie opératoire ouverte.

L'établissement d'un anus iliaque absolument indispensable doit être pratiqué 10 ou 12 jours avant l'opération radicale. Cet anus iliaque semble présenter un avantage sur lequel on n'a jamais appelé l'attention.

Par l'ouverture abdominale faite pour l'anus iliaque on peut examiner l'intestin ainsi que les ganglions pelviens. Quand ces ganglions sont indurés, on les sent très facilement ; ils indiquent l'envahissement profond du rectum. On peut explorer de plus les parois du petit bassin.

Sur huit opérés personnels qui ont survécu, deux ont eu des récidives moins d'un an après l'opération.

2 malades sont restés sans récidive depuis 1 an ; 2 sont restés indemnes depuis 5 ans.

Le cancer du rectum récidive tout comme les autres cancers ; l'envahissement est surtout subordonné à l'envahissement ganglionnaire.

Riedel. — *Cancer du duodenum développé probablement à la suite d'une actinomycose intestinale.* (25e Cong. Soc. all. chir., 27 mai 1896).

Homme de 79 ans, atteint, depuis 4 ans, de douleurs abdominales et d'une grosse tumeur mobile dans la région hypogastrique. En 1895, état cachectique, vomissements fécaloïdes, ascite. On fit alors la laparotomie et on trouva une tumeur du mésentère, qui était adhérente avec les anses intestinales; en arrière, on constatait une deuxième tumeur mobile, des ganglions mésentériques tuméfiés. On établit un anus contre nature. Mort de pneumonie trois jours après l'opération.

L'autopsie permit de reconnaître une tumeur volumineuse du mésentère avec formation d'actinomycose et un cancer du duodenum. Il existait un petit foyer d'actinomycose dans un testicule. Ce foyer, d'après Riedel, peut être considéré comme le premier et comme ayant donné lieu ensuite à l'actinomycose du mésentère, sur lequel s'était développé le cancer.

Israel. — *Deux anus contre nature. Cancer du côlon.* (Bulletin Méd., 8 avril 1896, p. 348).

Le premier de ces anus contre nature avait été pratiqué sur une femme chez laquelle on avait noté des symptômes de rétrécissement intestinal, sans en reconnaître la cause. Un an plus tard, Israel, croyant à une tumeur ovarienne, fait la laparotomie, qui fait découvrir un cancer du côlon siégeant du côté opposé à l'incision de l'anus. Une seconde incision est pratiquée en regard du cancer, et l'anse malade est fixée à la plaie abdominale. Quelques jours après, ablation du néoplasme et création d'un second anus contre nature. Enfin, dans deux autres séances, fermeture des anus. Guérison opératoire.

Rutherford Morison. — *Contribution cancéreuse de l'intestin. Obstruction. Entérostomie. Gangrène et perforation de l'intestin au-dessus de l'ouverture de l'entérostomie. Mort.* (Médecine Mod., Par., 10 juin 1896, p. 371).

Femme de 59 ans, atteinte d'obstruction intestinale brusque, due à un anneau de nature maligne s'étendant du mésentère autour de l'intestin. L'entérostomie est pratiquée. Mort le lendemain en collapsus. A l'autopsie, rien de particulier à l'opération. Mais, à 60 centimètres au-dessus de l'ouverture de l'entérostomie, on trouve une plaque gangréneuse perforée dans la convexité de l'intestin, en face d'une tumeur maligne du mésentère, qui en renfermait d'autres sur différents points de son étendue.

Pic. — *Sténose du duodenum adhérent à une vésicule cancéreuse.* (Cong. fr. Méd. Nancy, 10 août 1896).

Femme de 58 ans, ayant des antécédents lithiasiques héréditaires et personnels. Depuis 6 semaines, douleurs gastriques 2 ou 3 heures après

avoir mangé. Distension de la région sus-ombilicale de l'abdomen; clapotage et ondulations péristaltiques très visibles à ce niveau. Au-dessous de l'hypocondre droit, au siège de la vésicule, petite tumeur dure, mobile, suivant les mouvements respiratoires. L'insufflation montre que cette tumeur siège au niveau de l'extrémité pylorique adhérente au-dessous du foie.

En présence de la conservation d'un bon état général, de l'existence de lithiase biliaire, on porte le diagnostic de sténose du pylore adhérent à une vésicule calculeuse. La malade succombe peu de temps après une laparotomie, suivie d'entéro-anastomose.

L'autopsie montre qu'il s'agit, non d'une vésicule calculeuse, mais d'un cancer du col de la vésicule, et non d'une sténose pylorique, mais d'une sténose de la première portion du duodenum adhérant à la vésicule dégénérée.

Cette observation est une preuve que les symptômes de la sténose de la première portion du duodenum sont presque identiques à ceux de la sténose pylorique et qu'ils peuvent se rencontrer alors que la vésicule, au lieu d'être calculeuse, comme cela se voit, est cancéreuse.

3° Annexes de l'appareil de la digestion.

R. Durand-Fardel. — *Cancer de l'ampoule de Vater.* (Presse Méd., 17 juin 1896, p. 285).

Homme de 55 ans. Ictère intense avec rémission passagère depuis plusieurs mois; amaigrissement, foie volumineux ; vésicule grosse. Cachexie progressive et mort par infection. L'autopsie a montré un néoplasme limité, sous forme d'une petite masse à peine saillante, de l'ampoule de Vater. Pancréas normal. D'après l'examen histologique, ce néoplasme s'était formé aux dépens d'un épithéliome de revêtement et non d'un épithéliome glandulaire ; il était indépendant du canal de Wirsung, d'où cette conclusion qu'il ne s'agissait ni d'un cancer de l'intestin, ni d'un cancer du pancréas. Et comme c'était la partie terminale du canal cholédoque qui était en cause, l'auteur estime que le cancer de l'ampoule de Vater peut être considéré comme un *cancer primitif des voies biliaires*, et non comme un cancer du pancréas (Bard) ou un cancer intestinal (Rendu), ou un cancer pancréatico-biliaire (Hanot).

Rendu. — *Cancer de l'ampoule de Vater.* (Soc. de biol., 1er mai 1896).

Homme de 53 ans. Depuis plusieurs mois, ictère avec rémissions passagères, accompagné, en dernier lieu, de fièvre, vomissements, albuminurie, diarrhée. Mort. A l'autopsie, épithélioma cylindrique de l'ampoule de Vater à base non indurée; oblitération incomplète du cholédoque, angiocholite suppurée. L'intermittence de l'ictère doit faire penser à un cancer de l'ampoule de Vater.

V. Griffon. — *Béance du cholédoque dans un cas de cancer du pancréas avec ictère.* (Soc. anat. Par., 4 juillet, p. 524).

Homme de 86 ans. Tumeur dans l'hypocondre droit. Ictère intermittent. A l'autopsie, on trouve un cancer occupant la tête du pancréas. Le canal cholédoque, entouré par le néoplasme, n'est pas rétréci et est resté perméable. Les conduits pancréatiques sont de même perméables.

Appareil de la circulation

Leyden et **Kaiserling.** — *Lymphosarcome du Médiastin.* (Soc. Méd. int., Berlin, 6 juillet 1896).

Homme, très amaigri, atteint de violentes douleurs dans la poitrine et à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Paraplégie récente. Bruit systolique du cœur augmenté de volume. Diagnostic : Anévrisme de l'aorte. A l'autopsie, tumeur siégeant dans les ganglions lymphatiques des bronches; autre tumeur secondaire à la partie postérieure des oreillettes ; ramollissement du corps de la deuxième vertèbre dorsale et compression de la moelle à ce niveau. Métastase dans le corps de la huitième vertèbre dorsale.

Appareil de la sécrétion urinaire

Steiner. — *Extirpation d'un rein sarcomateux.* (Soc. Méd., Berlin 3 juin 1896).

Femme de 49 ans, présentant depuis 6 mois des hématuries intermittentes et rendant des caillots de sang vermiformes. Sensation douloureuse du côté du rein gauche, très augmenté de volume. Néphrectomie. Sarcome occupant le pôle supérieur du rein et se prolongeant jusque dans l'uretère.

Küster. — *De la résection de la vessie avec déplacement de l'uretère.* (25e Cong. all. chir., 27 mai 1896).

Il est particulièrement difficile de faire la résection de la vessie pour les tumeurs qui ont leur point d'implantation au voisinage de l'abouchement des uretères. Küster a eu à traiter une malade qui portait au niveau d'un des offices urétéraux une tumeur du volume d'une framboise et prenant un développement rapide. Il a fait la taille hypogastrique et enlevé la tumeur; puis l'uretère a été fixé à la muqueuse saine; enfin, la vessie a été suturée. La guérison s'est faite par première intention et l'examen endoscopique en a fait constater l'état normal.

Sur un autre malade, porteur d'une tumeur du volume du poing qui s'insérait au niveau d'un uretère, on a procédé à son ablation et on a dû enlever deux centimètres et demi de ce conduit. L'uretère était alors si court qu'il ne put être fixé qu'au sommet de la vessie; la guérison fut complète, sauf une petite fistule.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de la femme.

J. Neumann. — *Sur le déciduome malin.* (Médecine Mod., 13 juin 1896).

Neumann fait l'historique de la question, rappelle que la maladie, précédée d'une grossesse ou d'un avortement, se caractérise par des hémorrhagies persistantes, l'augmentation du volume de l'utérus etc..., et ne peut être reconnue réellement que par un grattage explorateur et l'examen microscopique.

En ce qui concerne la nature de l'affection il pense que le syncitium seul participe à la tumeur et que les cellules attribuées à la prolifération de l'ectoderme fœtal proviennent aussi du syncitium, car on retrouve par places le caractère primitif dans les cellules limitantes. Il est certain que les proliférations de l'ectoderme fœtal atteignent la sérotine; les proliférations qui partent de l'ectoderme se voient sur les têtes des villosités.

Il est difficile d'ailleurs de démontrer sur le fœtus même l'existence d'une maladie maligne.

Neumann croit que les lésions de la sérotine sont provoquées par des cellules migratrices. S'il en est ainsi, il s'agit d'une hétérotopie des éléments cellulaires du fœtus.

D'un pronostic sérieux, la vie n'est pas fatalement compromise si l'on peut enlever les métastases.

S. Duplay. — *Du traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables.* (Semaine gyn., 23 juin 1896, p. 161).

Il existe un certain nombre de conditions qui rendent le cancer de l'utérus inopérable, c'est-à-dire non justiciable de l'hystérectomie totale ou partielle.

Indépendamment des contre-indications générales à toute intervention chirurgicale grave, ces conditions peuvent être ainsi résumées :

1° A la suite d'un cancer primitif du col, l'envahissement secondaire très fréquent du corps constitue, une contre-indication parce

que, en pareil cas, il est à peu près constant de voir cet envahissement du corps coïncider avec une propagation cancéreuse au système lymphatique et au tissu cellulaire du petit bassin;

2° L'envahissement un peu étendu des parois vaginales est aussi une contre-indication, non que le mal ne soit pas extirpable, mais en raison encore de l'envahissement des lymphatiques. Comme pour le cas précédent, une opération radicale serait suivie de récidive immédiate; la malade n'en tirerait donc aucun bénéfice;

3° En dehors des conditions précédentes (propagation au corps de l'utérus ou aux parois vaginales), l'envahissement du tissu cellulaire péri-utérin, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques pelviens, se traduisant par l'induration des culs-de-sac vaginaux et l'immobilisation de l'utérus, constitue une contre-indication formelle à l'intervention radicale;

4° Enfin, et à plus forte raison, l'envahissement des organes voisins : vessie, rectum, etc., avec ou sans fistules, devra-t-il commander l'abstention?

C'est dans ces cas que le traitement palliatif, seul indiqué, rend généralement des services appréciables.

Ce traitement vise spécialement les symptômes : douleur, hémorrhagie, écoulements fétides. et du même coup les accidents qui en sont la conséquence : l'infection septique et l'hecticité.

C'est par la destruction partielle, mais aussi complète que possible, de la masse néoplasique, que l'on peut lutter efficacement contre ces accidents.

Si l'on a affaire à un cancer du col volumineux, exubérant, ulcéré, on en pratique l'excision, soit avec l'anse galvanique, le bistouri ou mieux avec la curette tranchante manœuvrée hardiment, sans s'inquiéter de l'hémorragie, que l'on arrête par les injections d'eau chaude.

Contre l'épithélioma du corps de l'utérus, on se comporte de la même façon après dilatation du col et de la cavité, et en ayant bien soin que la curette ne laisse aucun point de la cavité utérine intact, tout en évitant la perforation.

Cela fait, il est nécessaire de surveiller la repullulation de l'épithélioma et de répéter le curettage aussi souvent qu'il sera nécessaire, curettage qui, du reste, après la première opération, se réduira à peu de chose. Dans certaines conditions spéciales, l'emploi du thermo-cautère, du galvano-cautère ou même des caustiques (comme le chlorure de zinc en solution ou sous forme de pâte de Canquoin) peut rendre les plus grands services et concourir au même but : la destruction du tissu néoplasique.

Concurremment aux opérations palliatives, on pratique la désinfection soignée de la cavité utéro-vaginale par des injections et des pansements méthodiques. Comme antiseptiques, on se sert généra-

lement de l'eau boriquée ou chloralée, des solutions de permanganate de potasse, des poudres d'acide borique, d'iodoforme, de résorcine, etc.

En résumé, le traitement palliatif des cancers utérins inopérables consiste dans la destruction du néoplasme, la désinfection de l'utérus et du vagin, le relèvement de l'état général. Ce traitement, lorsqu'il est dirigé suivant les règles précédentes et continué avec persévérance, procure toujours une amélioration et donne parfois des résultats inespérés.

Henry Morris. — *Cancer aigu de l'utérus avec généralisation rapide.* (Médecine Mod., Par., 1896, p. 388).

Femme de 34 ans, sans antécédents héréditaires, présentant depuis deux mois un écoulement vaginal jaunâtre, ayant été précédé de douleurs lombaires et bientôt suivi de l'apparition de grosseurs au sein droit et à la région cervicale. Dans les semaines qui suivent, développement de nombreux nodules dans la peau, dans les seins, dans les ganglions. Ictère, nausées, vomissements. La distribution des nodules était la suivante :

Au cou, un au-dessous de chaque oreille et dans chaque région sous-maxillaire; plusieurs dans chaque fosse sus-claviculaire, spécialement à droite. *Dans les aisselles*, très nombreux des deux côtés, mais davantage à droite. *Dans les seins*, très nombreux, le droit étant le plus affecté et ses nodules plus grands ; il y avait plusieurs nodules entre les seins. *Abdomen*, 20 ou 30 étaient répandus sur le devant de l'abdomen; ils étaient recouverts par la peau normale et ne montraient pas les capillaires dilatés que l'on rencontre dans beaucoup de ceux de la poitrine et du dos. *Sur le dos*, un groupe de 15 vers la chute des reins sur la ligne médiane recouvrant une surface ayant 4 pouces de longueur et 3 pouces de largeur. Au-dessus de *la crête iliaque* droite il y avait un groupe de 8 plus petits que les précédents. Il n'y en avait pas dans la même région à gauche. Entre *les omoplates* il y en avait 12 et 4 au-dessus de l'omoplate gauche.

Aggravation rapide des accidents. Mort 83 jours après son admission; la durée totale de la maladie avait été environ de 4 mois.

A l'autopsie on trouva que le corps n'était pas très émacié ; de tous les nodules sous-cutanés il n'y en avait qu'un près du nombril dont la croissance s'étendait jusque dans la cavité du péritoine. Dans le *thorax*, il y avait de nombreux nodules de croissance nouvelle dans le médiastin antérieur et le médiastin postérieur et aussi le long de l'aorte et sur le devant de la base *du péricarde* qui contenait environ 60 grammes de sérum teinté par de la bile, on en voyait aussi sur son feuillet viscéral, mais il n'y avait pas d'adhérences. Il y avait de nombreux nodules répandus dans *le cœur*. Les *plèvres* contenaient toutes les deux un nodule de croissance nouvelle. *Le péritoine* montrait quelques taches blanchâtres de croissance nouvelle ; l'*épiploon* et le *mésentère* en contenaient beaucoup.

Le foie pesait 1830 grammes. Pas de noyau dans le foie même. Les glandes dans la fissure portale étaient envahies par la tumeur. *Le pancréas* en état infiltré. *Les capsules surrénales* ne pouvaient pas être distinguées au milieu des masses infiltrées qui entouraient le pancréas. *Les conduits biliaires et cystiques* étaient obstrués par une pression exercée par les tumeurs environnantes. Nodules nombreux dans *chaque rein*. Le corps de l'*utérus* n'était pas agrandi, mais présentait deux nodules sessiles sous-séreux ; *le col* était hypertrophié ; les bords de l'*orifice* étaient formés par la masse cancéreuse. ramollie, mucoïde et pâle. Les parois des *conduits de Fallope* étaient infiltrées de même, ainsi que *le ligament large droit*. *Les seins* étaient tellement infiltrés par les productions cancéreuses que l'on ne pouvait plus découvrir le tissu mammaire. Rien dans les autres organes.

Bérard. — *Un cas de cancer musculaire de l'utérus.* (Echo Méd. Lyon, 15 juillet 1896, p. 151).

Ce fait a été observé sur une femme vierge, âgée de 42 ans, portant depuis 4 ans une tumeur utérine, pour laquelle on a fait l'hystérectomie abdominale. Cette tumeur, du poids de 12 kilog., offrait les caractères suivants ainsi décrits par l'auteur :

Le néoplasme, entouré d'une coque non séparable de tissu utérin peu altéré, présente à la section des points d'aspect et de consistance variables ; immédiatement sous la coque, et aussi répartis inégalement dans la masse, se voient des points mous, ressemblant à de l'albumine au début de la coagulation. Ces portions, gorgées d'un liquide clair, un peu filant, très chargé en albumine, se continuent sans transition d'une part avec la coque et, de l'autre, avec le tissu définitif du cancer musculaire. Ce tissu, plus ferme, mais non criant sous le scalpel, est de coloration rougeâtre avec des traînées violacées plus sombres dues à leur vascularisation intense, et des noyaux blancs fondus dans l'ensemble.

Il constitue essentiellement la tumeur, dense par places, crevée de kystes et de logettes à contenu muqueux en d'autres points.

De pareilles tumeurs ne sont pas des raretés ; ce sont de véritables cancers musculaires lisses, ainsi que l'ont établi MM. Tripier et Bard, d'après des examens déjà anciens.

Caractérisées histologiquement, comme on le voit dans ce cas, par des traînées de cellules musculaires lisses à divers degrés de développement et qui infiltrent par travées en amas denses un stroma conjonctif à éléments très réduits, invisible souvent, elles peuvent être constituées par des éléments plus ou moins jeunes, sillonnées de vaisseaux plus ou moins abondants, ce qui explique la variabilité de leur aspect microscopique et de leur allure clinique. On trouve tous les intermédiaires, depuis la bouillie sanguine diffluente jusqu'à la tumeur dure, simplement un peu plus succulente que le fibro-myôme utérin banal, suivant que l'on a affaire à des cellules musculaires tout à fait embryonnaires ou voisines de l'état adulte.

Fourmeaux. — *Cancer secondaire du grand épiploon ; cancer végétant primitif des ovaires. Laparotomie. Mort d'apoplexie pulmonaire.* (Journ. Sc. Méd., Lille, 25 juillet 1896, p. 84).

Femme de 50 ans, sans passé génital pathologique. Symptômes de dyspepsie intestinale, qui forçait à manger peu et debout, un repas abondant et dans la situation assise provoquant des douleurs en ceinture, A l'examen direct on constate de l'ascite et sur la ligne médiane en arrière de l'ombilic sonore, une tumeur dure, mobile latéralement. Rien du côté de l'utérus et des annexes.

La laparotomie fait découvrir, outre un épanchement hématique, une masse cancéreuse, comprenant toute l'étendue du grand épiploon, que l'on résèque, et deux tumeurs végétantes des ovaires qu'on enlève. Mort, dans la soirée, d'apoplexie pulmonaire ; un caillot de l'artère pulmonaire provenait du ventricule droit, où l'on constatait l'existence d'une thrombose ante-mortem.

Mayo Robson. — *Lambeaux cutanés dans l'amputation du sein.* Discussion. (Soc. Méd. Lond. et Bulletin Méd., 24 mai 1896, p. 505).

Mayo Robson montre, avec photographies à l'appui, que l'on peut recouvrir entièrement une plaie très étendue et réunir par première intention en pratiquant une ou deux incisions verticales et en faisant glisser les lambeaux cutanés. Il n'a eu aucun accident dans les cas où il a employé cette méthode, qui rend l'amputation moins redoutable et abrège la durée de la convalescence.

H. T. Batlin communique à cette occasion un travail sur la transplantation des lambeaux cutanés. Dans une quinzaine de cas de cancer du sein avec adhérences à la peau, il est parvenu à combler de larges pertes de substance, en transplantant, le plus souvent par rotation, des lambeaux pris dans le voisinage de la plaie. Ces lambeaux, dont la longueur ne doit pas dépasser 8 à 10 centimètres, doivent avoir une large base et être pris, autant que possible, sur le bord inférieur de la plaie qui en fournit de bons.

W. G. Spencer est également partisan de cette manière d'agir et estime que l'on peut décoller les bords de la plaie jusqu'à l'angle de l'omoplate, si cela est nécessaire. On prévient aussi les ulcérations possibles avec la torsion du pédicule suivant la méthode de Robson.

Watson Cheyne pratique de larges décollements dans tous les sens, ce qui permet de recouvrir des surfaces qui, à première vue, paraissent énormes. Il faut fortement tirer sur les fils de suture. L'auteur se sert de fils d'argent, passés à un centimètre des bords. Dans un dixième des cas il n'est pas possible d'affronter les bords de la plaie ; on attend alors quelques jours et on recouvre la plaie de greffes.

Barwel rapproche les bords de la plaie au moyen de sutures et fixe les fils sur de larges boutons de plomb pour éviter la section de la peau. En sectionnant les brides fibreuses sous-cutanées et en faisant des incisions à distance, parallèles à la direction de la cicatrice, il évite la tension exagérée.

Bowlby a plusieurs fois employé la méthode à lambeaux. Elle évite les douleurs vives d'un décollement sous-cutané avec tractions consécutives et ne laisse pas dans la suite de brides cicatricielles trop tendues. Cette méthode est surtout applicable lorsque la tumeur s'étend vers la clavicule ou le sternum. Quand elle s'étend du côté de l'aisselle, il vaut mieux recourir au débridement de la peau qui, dans cette région, est facilement mobile.

Mayo Robson n'a recours aux lambeaux que dans des cas exceptionnels, une fois sur dix au plus, quand la méthode du décollement avec débridements n'est pas suffisante. A l'inverse de Butlin, il taille des lambeaux qui restent toujours doublés de tissu cellulaire sous-cutané, chez les femmes grasses aussi bien que chez les maigres. Comme le pédicule n'est point tordu, mais seulement un peu contourné, les lambeaux gardent toute leur vitalité. Le drainage n'est point nécessaire; l'antisepsie et des pansements compressifs suffisent.

Butlin persiste à croire que des lambeaux de peau seule, chez les femmes très grasses, ont moins de tendance à se nécroser. Dans les plaies énormes la greffe cutanée peut rendre des services. mais elle a le grand inconvénient d'exiger une seconde opération qui répugne aux malades. La méthode à lambeaux n'exige qu'une séance et n'est pas suivie de rétraction cicatricielle.

A. Smith. — *Hystérectomie vaginale pour adénome de nature maligne des glandes du col.* (Médecine Mod., 26 août 1896).

Malade âgée de 34 ans, non mariée. Depuis six mois, mictions fréquentes et douloureuses, leucorrhée, dysménorrhée et ménorrhagie. A un examen sous l'éther, on trouva que le col était dirigé en bas et en arrière. Le corps était antéfléchi avec un petit fibrome; l'utérus était très mobile et pouvait facilement être tiré en bas. L'orifice externe était normal; une hémorrhagie abondante fut causée par le passage de la sonde, et des grandes masses furent enlevées en lavant avec une sonde de Bozeman. Le col fut soumis au curettage, les raclures examinées sous le microscope, et on arriva au diagnostic d'adénome, d'une nature maligne, des glandes du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

P. Mermet. — *Kystes muco-dermoïdes de l'ovaire. Aspect adénoïde et dégénérescence carcinoïde.* (Soc. anat. Par., 5 juin 1896, p. 395).

Femme de 66 ans, portant une volumineuse tumeur abdominale d'ori-

gine annexielle. Laparotomie; tumeur développée au niveau de l'ovaire gauche et du volume d'une tête d'enfant de 10 ans. Au niveau de l'anse pelvienne du côlon, tumeur annulaire laissée en place. Dégénérescence ganglionnaire.

La masse néoplasique principale se composait d'un kyste dermoïde et d'un kyste mucoïde occupant la partie centrale de la tumeur.

Histologiquement, on a noté la disposition adénoïde de cette partie centrale, la transformation de cette masse sur certains points en carcinome véritable, la dégénérescence de celle-ci et la vascularisation des produits dégénérés.

Lannelongue. — *Sarcome kystique purulent de l'ovaire.* (Journ. Méd. Bordeaux, 5 avril 1896, p. 154).

Jeune fille de 20 ans, amaigrie. Ventre très volumineux. Ascite considérable et, derrière cette ascite, existe une tumeur volumineuse probablement ovarienne, qui plonge dans l'excavation pelvienne. Une ponction est pratiquée pour évacuer cette ascite. Pendant cette ponction, on voit s'écouler alternativement un flot de liquide limpide et un flot de liquide fétide, purulent. On en retire ainsi douze litres, dont un sixième au moins est constitué par du pus. On peut ensuite explorer la tumeur, qui est mobile, en bissac, constituée par une partie inférieure solide et une partie supérieure grosse comme une tête d'adulte, rénitente, kystique. L'ablation en est pratiquée sans difficulté. La tumeur est munie d'un très long pédicule. Elle présente deux portions très nettes; en bas, une partie solide, sarcomateuse, et, en haut, une loge kystique pleine de pus, percée à sa partie supérieure d'un petit orifice par lequel s'écoulait dans le péritoine le liquide purulent. Il n'y eut aucune réaction péritonéale; sutures sans drainage. Guérison rapide. Le pus, examiné au microscope, contenait des streptocoques et des staphylocoques. Pas de cultures.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'accidents à la suite du contact du pus avec le péritoine, probablement parce qu'il était stérile, ce fait n'en doit pas moins être invoqué à l'appui de l'inutilité et même du danger des ponctions précédant la laparotomie.

Lefour. — *Epithélioma du corps de l'utérus.* (Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux, 26 avril 1896, n° 17).

Vierge de 52 ans, réglée à 14 ans, très régulièrement jusqu'à l'âge de 49 ans; il y a 3 ans, pertes de sang continues qui, chaque mois, prennent le caractère ménorragique. Hémorragie et leucorrhée sans odeur caractéristique. On trouve à l'examen un utérus dur, mobile, un peu plus gros qu'un utérus virginal chez une femme âgée, légère douleur par le palper et le toucher combinés. Mais pas de douleur spontanée.

Toucher digital intra-utérin; on sent deux petites tumeurs pédiculées

implantées sur le fond de l'utérus, et qui sont extraites à l'aide de pinces. Curage minutieux. Ces tumeurs, examinées au microscope, présentent tous les caractères de l'épithélioma lobulé. A la suite du curage, l'écoulement continu du sang a cessé, les ménorrhagies persistent.

Tchopp. — *Un cas de cancer utérin chez une jeune fille de 19 ans. Hystérectomie.* (Jouj. Rousk. Med. Gaz., n° 7, 1896).

Jeune fille de 19 ans, bien portante habituellement, réglée à l'âge de 11 ans. Il y a 4 mois, chute dans l'escalier, suivie d'une abondante métrorrhagie. Depuis cette époque, quelques pertes d'eau rousse et plusieurs nouvelles métrorrhagies. Aucune douleur. A l'examen des organes génitaux, vulve normale; hymen circulaire intact, percé d'un orifice dilatable et permettant l'introduction du doigt. Au toucher, à 5 centimètres de l'entrée, tumeur irrégulière, remplissant tout le vagin; la consistance de cette tumeur est ferme, mais sa surface est friable; elle fait masse avec le col utérin; le corps est petit, rétroversé. Le doigt ramène un ichor sanguinolent, inodore. Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes. Suites normales.

A l'examen macroscopique, on constate que tout le col et une partie du corps sont envahis par le néoplasme; l'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

W.-J. Sinclair. — *Complication de la grossesse et de la parturition par le cancer de l'utérus.* (Medical Chronicle et Semaine Gyn., 25 août 1896, p. 240).

Après avoir relaté l'observation d'une femme enceinte, atteinte d'un cancer du col et ayant subi d'abord l'avortement, puis l'hystérectomie, Sinclair discute la meilleure conduite à tenir en pareil cas. Il est d'avis que, si le diagnostic est fait tout au début de la grossesse, l'hystérectomie peut être faite rapidement et sans danger; mais ici se pose la question de la sauvegarde ou du sacrifice de la grossesse. Le coup de fouet donné au néoplasme par la gravité, les dangers de septicémie qu'il fera courir au moment de l'accouchement, la mortalité considérable des enfants en pareil cas, sinon immédiate, au moins dans les premières semaines (plus de 60 %), la tendance héréditaire au cancer, etc., toutes ces considérations autorisent à sacrifier le produit dans l'intérêt de la mère, et c'est dans ce sens qu'ont conclu la plupart des auteurs. Ce cas rentre dans une première catégorie de faits dans lesquels le cancer est venu avant que l'utérus ait pris trop de volume pour être facilement enlevé par le vagin, c'est-à-dire avant la fin du 4e mois.

Cette première catégorie réalise les conditions les plus favorables : si on a contre soi l'écoulement et l'hémorrhagie, on a, par contre, une grande facilité dans l'énucléation de l'organe pour exécuter l'hystérectomie. 11 cas, recueillis par Theilaber, ont donné 11 succès. Beckmann cite 17 cas

également favorables et en conclut que c'est là le traitement rationnel dans les premiers mois de la grossesse.

Lorsque (deuxième catégorie) l'utérus a pris, plus tard, un développement tel qu'il ne puisse passer, avec son contenu, par le vagin, il faut, ou bien faire une opération abdominale, ou bien faire précéder l'hystérectomie de l'avortement provoqué, ce qui est la meilleure conduite à suivre : provoquer l'avortement, en prenant toutes les précautions possibles de désinfection; s'il survient des signes de métrite septique, faire sans délai l'hystérectomie; dans le cas contraire, on choisira son moment. Trois cas de Theilaber, traités de la sorte, se sont terminés heureusement : le traitement palliatif a toujours donné de plus ou moins mauvais résultats.

Dans la troisième catégorie, quel que soit le traitement adopté, les effets en sont toujours médiocres. Le forceps, dès que l'utérus est dilatable, est encore le moyen le plus sûr pour la mère et pour l'enfant : sur 8 cas, 6 enfants et les 8 mères ont survécu, tandis qu'avec la version 3 mères sur 5 ont succombé. L'opération césarienne, combinée ou non avec le Freund, est désastreuse : 8 mères sur 8 ont succombé avec l'ancienne méthode césarienne; avec la méthode perfectionnée de Sænger, 3 seulement, sur 13, ont survécu de 4 à 6 semaines; 5 sur 12 ont été sauvées avec le Porro et 2 sur 6 avec l'extirpation abdominale de Freund. La statistique de Cohnstein, qui part de 1873, montre une mortalité de 72 mères sur 126, soit 57 %. Celle de Theilaber, qui porte sur les 20 dernières années, c'est-à-dire sur la période antiseptique, donne 51 morts sur 162, soit 31,5 %. Dans 43 des cas de Cohnstein, l'accouchement se fit spontanément, mais avec une durée de 8 à 10 jours, et 17 moururent avant d'avoir été délivrées. Dans la même statistique, la mortalité des enfants s'élève à 63,8 %. Les chiffres de Theilaber, de 1873 à 93, donnent une mortalité de 24 % pour l'accouchement spontané ou par les voies naturelles et de 36,7 % en y comprenant l'opération césarienne; la mortalité infantile y est réduite à 37,7 %. Ces statistiques montrent en outre que la mortalité, maternelle et infantile, est particulièrement élevée lorsque le cancer est assez avancé pour obliger à une intervention obstétricale; la version semble la plus fâcheuse; les causes de mort les plus fréquentes sont la déchirure du col, la rupture de l'utérus et la septicémie. En résumé : 1° l'accouchement spontané, s'il est possible, même au prix d'un long travail, donne les meilleurs résultats pour la mère, mais élève la mortalité de l'enfant; 2° si le mal est trop avancé, c'est l'opération césarienne qui est la plus favorable et pour la mère et pour l'enfant.

2° Annexes de l'appareil de la génération

Bousquet. — *Squirrhe en cuirasse.* (Journ. Méd. Bordeaux, 19 avril 1896, p. 172).

Femme de trente-six ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, atteinte de squirrhe des deux seins, affectant la forme décrite sous le nom

de *squirrhe en cuirasse*. L'affection a débuté il y a dix mois par le sein gauche, où s'est montrée une petite tumeur; deux mois après, le sein droit commençait à être envahi.

Actuellement, les deux seins, surtout le gauche, sont légèrement augmentés de volume, d'une dureté ligneuse, bosselés; la peau qui les recouvre adhère aux parties profondes et présente un semis de granulations très dures, de coloration rose gélatineux, surtout abondantes au niveau des deux seins, mais formant aussi une traînée discrète allant d'un sein à l'autre.

La peau, à l'entour de la région mammaire, est dure, infiltrée; la malade éprouve une sensation de constriction; il n'y a cependant pas encore la cuirasse complète enserrant le thorax.

Engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

Induration du sommet du poumon gauche et, dans la plèvre gauche, 1,200 grammes d'épanchement hématique, retiré par la ponction.

Féré. — *Agalactie familiale et cancer du sein.* (Soc. de biol. Par., 27 juin 1896).

Féré a observé une fille qui avait une idée fixe. Elle avait la crainte d'être incapable de faire des enfants, parce qu'il y avait un trouble de la sécrétion lactée qui faisait de même défaut chez plusieurs de ses ascendantes.

Dans ses antécédents, il y avait une grand'mère cancéreuse. Or, les filles et petites-filles de cette femme ne pouvaient allaiter. Toute sécrétion lactée leur faisait défaut.

Généralités

E. Gaucher. — *Traitement de l'épithélioma cutané.* (Cong. int. dermat. Londres, 5 août 1896).

Comme l'épithélioma est une affection auto-inoculable, on ne doit pas employer de traitements qui provoquent des greffes ou des embolies épithéliomateuses. De même on évitera l'opération sanglante, qui ouvre les vaisseaux et favorise les récidives sur place et la généralisation à distance. Une méthode thérapeutique sans danger est la cautérisation non avec les caustiques chimiques, mais avec le thermo ou le galvano-cautère qui détruit seulement ce que l'on veut faire disparaître.

Dans l'intervalle des cautérisations, il est bon d'utiliser le chlorate de potasse, sous forme de pommade à 1/6 ou à 1/3, de préférence aux solutions.

Ce traitement igné et chloraté guérit les épithéliomas cutanés, améliore les épithéliomas propagés aux parties profondes, mais est efficace sur les épithéliomas des muqueuses.

Denisenko. — *Traitement de la carcinose par l'usage interne et les applications locales d'extrait de chélidoine.* (Semaine Méd., 15 août 1896).

Ce traitement contre la carcinose doit être ainsi prescrit : à l'intérieur on donne chaque jour 1,50 à 5 gr. d'extrait de chélidoine dissous dans de l'eau distillée. On injecte à la périphérie de la tumeur, réparti en plusieurs piqûres, 1 c.c. d'un mélange de cet extrait, de glycérine et d'eau distillée à parties égales ; et on badigeonne la tumeur d'un mélange de glycérine (1 p.) et du même extrait (2 p.). De ces trois préparations les injections seules donnent lieu à quelques phénomènes faiblesse, frissons, fièvre, qui disparaissent en 48 heures.

D'après Denisenko, les effets thérapeutiques de ce traitement se manifesteraient, dès les premiers jours, par la disparition de la teinte terreuse des téguments et le ramollissement de la tumeur. Au bout de trois à cinq jours, il se forme au niveau des piqûres des fistules autour desquelles on voit la tumeur fondre avec rapidité. En quinze à vingt-cinq jours il se produit une démarcation entre le néoplasme et les parties saines, le volume de la tumeur diminue de moitié et les tuméfactions des ganglions lymphatiques voisins disparaissent.

Gallet et Deschamps. — *Enquête sur le cancer en Belgique.* (Soc. chir. et Scalpel, juin-juillet 1896).

Dans 722 cas d'épithélioma, on relève comme âge moyen 65 ans pour les hommes, 45 ans pour la femme ; on n'a signalé qu'un seul cas chez un enfant en dessous de cinq ans.

L'influence de l'âge sur la récidive se traduit dans les observations par ce fait que la récidive est d'autant plus rapide après le traitement chirurgical que le malade est plus jeune.

Sur les 722 cas, on trouve 264 hommes et 458 femmes, et aucune conclusion à tirer de la profession des malades.

Au point de vue des maladies antérieures, phlegmons, fièvre puerpérale, érysipèle (streptococcie). (Voir Lambotte, *Revue des mal. canc.*, t. I[er], p. 258). 36 fois il y a eu des phlegmons, panaris, anthrax, suppuration ; 12 fois de l'érysipèle, 11 fois la scarlatine, 1 fois rougeole et scarlatine ; mais, la plupart du temps, ces renseignements précis sont difficiles à obtenir et l'hypothèse de Lambotte sur l'espèce d'immunité créée contre le cancer par une suppuration antérieure demande confirmation par une enquête absolument approfondie.

La question de l'hérédité a été déjà bien discutée, comme celle des diathèses. Sur les 722 cas rassemblés dans l'enquête belge, 69 fois seulement on a constaté le cancer dans l'ascendance, et ce fait a de la valeur si l'on considère que les réponses ont été surtout données

à l'enquête par des médecins de campagne qui connaissent les familles des malades qu'ils soignent.

Au point de vue de l'étiologie, l'enquête n'apprend rien de nouveau : influences morales et traumatismes sont les causes d'ordinaire renseignées.

La question de la contagion a été effleurée dans certaines réponses au questionnaire. Ainsi certains médecins ont cité 2 et 3 cas de cancer dans la même maison; un autre a rapporté le cas d'une femme morte de cancer, après avoir soigné sa sœur atteinte de cancer du sein, et une réponse signale des faits d'inoculation accidentelle. Mais, en résumé, l'enquête est muette au sujet de la contagion comme au sujet de la nature parasitaire du cancer.

Quant au traitement, l'impression générale qui se dégage du dépouillement des 722 observations, c'est que le traitement opératoire est capable de guérir le cancer, mais que le chiffre des récidives l'emporte de beaucoup sur le chiffre des guérisons, et aussi que le chirurgien peut combattre victorieusement les plus pénibles symptômes dans les cas de néoplasmes inopérables.

Von Winiwarter estime que la question de l'étiologie du cancer n'a fait aucun pas depuis 20 ans. Il admet qu'elle comporte deux facteurs : la prédisposition et l'infection carcinomateuse.

La prédisposition doit être admise. Sans elle, comment expliquer les faits connus? On ne voit aucun fait de contagion du cancer, tandis qu'un carcinomateux peut très bien s'infecter lui-même. Ainsi on voit des carcinomes s'étendre et affecter d'autres organes éloignés du point primitivement cancéreux. Puis on sait qu'il y a eu des exemples de transplantation de tissu cancéreux suivis de néoplasie chez des individus carcinomateux. En quoi consiste cette prédisposition? On ne le sait pas absolument. Ce que nous savons, c'est que la prédisposition est créée par un sol déjà pathologique de naissance ou accidentellement; on voit des carcinomes se développer sur des cicatrices, sur d'anciens ulcères, des adénomes, etc.

Winiwater croit à l'*infection* et à la nature microbienne de cette infection carcinomateuse. On a déjà constaté des microorganismes dans les exsudats et les produits cancéreux, mais ils ne sont pas spécifiques, car leur culture et leur inoculation n'ont jamais reproduit de carcinome.

Il ne peut partager les idées émises par Lambotte sur l'espèce d'immunité créée contre le cancer par l'infection streptococcique. Pour sa part, il connaît une foule de faits qui démentent cette idée théorique.

Quant à l'*hérédité*, elle ne joue que le rôle de transmission du terrain; en effet, il ne peut y avoir d'hérédité directe, car, au

moment de la naissance des enfants, les ascendants ne sont pas encore, la plupart du temps, cancéreux.

A son avis donc, le cancer est une affection locale, due à la présence d'un microorganisme demandant des conditions spéciales pour se développer, conditions compliquées, difficiles à réunir, puisqu'il n'existe pas d'exemple certain d'infection cancéreuse des médecins, des infirmiers, etc.

Debaisieux rappelle que lorsque la généralisation cancéreuse s'empare d'un individu, c'est d'une manière lente, insidieuse et afébrile. Du moins c'est la forme ordinaire. Mais, à côté d'elle, il en est une autre, *la forme aiguë, fébrile*, débutant par des frissons et des éclats et se terminant en quelques semaines par le marasme. Cette forme est peu connue, exceptionnelle. L'orateur n'en a observé en 20 ans qu'un seul cas, dont il relate l'observation.

Il faut cependant admettre que, à côté de l'infection cancéreuse lente, il existe une infection aiguë, fébrile, aboutissant rapidement au marasme.

Cette carcinose aiguë semble se développer plutôt à la suite des carcinomes lardacés, encéphaloïdes.

Jacobs croit pour sa part que trop de cas signalés dans la statistique comme cancers n'étaient pas des cancers. Là où il n'y a pas de récidive, il estime qu'il n'y a pas de cancer. Pour le diagnostic précis, l'examen histologique est indispensable. Il propose donc de recommencer l'enquête sur nouveaux frais et d'après un plan à élaborer par une Commission spéciale.

Incidemment Jacobs exprime son opinion sur le terme *contagion du cancer*. Depuis 5 ou 6 ans, il a observé plusieurs centaines de cas et il n'a jamais vu par exemple la contagion de la femme à l'homme, du patient au médecin, du malade à son infirmier. Il a conduit une enquête spéciale dans les établissements dits « calvaires », où l'on soigne particulièrement des cancéreux. Jamais une des dames patronesses, jamais une servante ou un infirmier n'ont été atteints de cancer. Si réellement le cancer était contagieux, comment accorder les faits d'observation avec le fait de la contagiosité?

Depage classe les carcinomes en deux classes : les épithéliomas à cellules de revêtement ; les épithéliomas à cellules glandulaires.

Il n'admet pas la théorie étiologique du parisitisme pour le cancer. Il n'est pas besoin d'invoquer le microbe comme facteur du carcinome. Pour lui, la cause efficiente, c'est la cellule épithéliale modifiée dans ses rapports avec les autres éléments de l'organisme, proliférant indépendamment de l'action du système nerveux, vivant dans un état d'anarchie biologique : c'est une cellule révolutionnaire, sécrétant des toxines, donnant des métastases par voie lymphatique.

Cette théorie ne compte pas encore beaucoup de partisans, mais,

en revanche, elle a le mérite de s'accorder avec les faits. Elle explique bien aussi les progrès lents et rapides, les métastases. C'est toujours un élément cellulaire identique, cellule constitutive du cancer primitif.

Il estime que le cancer est une affection locale, mais il faut des conditions particulières pour son développement. Il croit à la guérison possible après l'exérèse.

Quant au traitement des cancers, Depage suit les règles que voici :

Un cancer au début est toujours opéré. Quand il se trouve devant une néoplasie, il n'opère pas en dehors de certaines nécessités, telles que douleurs trop vives, obstructions. Dans ce cas, il a recours à une opération palliative. Devant des cancers très développés, il n'a jamais recours qu'aux interventions palliatives.

De Bersacques communique les renseignements qu'il a pu recueillir sur 95 cas de carcinomes et d'épithéliomas observés pendant les 7 dernières années.

Voici quelques-unes de ses conclusions :

La théorie de Cohnheim peut expliquer la présence du carcinome en certaines régions, mais n'en établit pas l'origine. Il est démontré que certaines irritations chroniques le provoquent. Enfin, contrairement aux idées de Cohnheim, la tumeur n'envahit souvent que secondairement les orifices (pylore, anus).

L'hérédité est une question étiologique très discutée. Dans notre statistique, nous relevons trois fois cette hérédité sans qu'on puisse croire à une simple coïncidence.

L'action étiologique des traumatismes et des irritations chroniques ne nous paraît pas incontestable. Personnellement, nous n'avons pas observé de carcinome chez des sujets syphilitiques. Nous n'avons constaté de lésions tuberculeuses chez aucun des malades observés en clinique.

Nous n'avons rencontré aucune preuve de la nature parasitaire du cancer dans les divers examens microscopiques faits à la clinique. Nous ne nous croyons pas fondé à admettre de prédisposition générale au cancer.

Nous avons observé des cas de dégénérescence secondaire de tumeurs paraissant bénignes au début et notamment la transformation de papillomes cutanés, ou de productions verruqueuses des lèvres.

H. Morau. — *Liquides pour diluer les produits cancéreux.* (Soc. de biol. Par., 13 juin 1896).

L'auteur, ayant constaté dans ses expériences d'inoculation du suc cancéreux qu'il obtenait des résultats différents en se servant de glycérine pour diluer ce suc, a utilisé le sérum naturel ou le sérum artificiel, ce qui lui a donné des résultats constants. Il en conclut que la glycérine agissant *in vitro* a un pouvoir destructeur spécial sur les toxines sécrétées par les cellules néoplasiques. Cette toxine semblerait plus

soluble dans les liquides dont la composition chimique se rapproche davantage des liquides organiques.

H. Stieda. — *De l'épithélioma calcifié.* (Beit. zur klin. chir., XV, 3).

Dans ce travail, l'auteur étudie trois cas qu'il a soumis à l'examen histologique.

Le premier a trait à un malade de 52 ans, atteint d'une tumeur mobile du sein gauche, grosse comme le poing, de consistance dure, surtout dans sa moitié inférieure. Dans l'aisselle correspondante, on percevait à la palpation un ganglion notablement tuméfié. Tumeur et ganglion furent extirpés.

Il s'agissait, dans le second cas, d'un néoplasme de consistance dure siégeant derrière l'oreille, et dont l'extirpation fut des plus aisées.

Enfin, le troisième concerne une fillette de 10 ans, présentant une tumeur analogue au niveau de la joue droite. Le néoplasme avait acquis dans l'espace de 8 mois le volume d'une petite noix. L'extirpation s'effectua sans aucune difficulté. Guérison opératoire dans les trois cas.

Ces tumeurs étaient bien encapsulées et offraient macroscopiquement une coloration blanc jaunâtre et un aspect crétacé. A l'examen microscopique, on put constater qu'il s'agissait d'un tissu alvéolaire dont les alvéoles étaient remplis de cellules épithéliales plus ou moins calcifiées. Deux de ces tumeurs contenaient, en outre, des myéloplaxes. Les vaisseaux étaient normaux dans les trois cas. L'auteur conclut de ces observations qu'on est absolument fondé à maintenir le diagnostic d'épithélioma calcifié.

Bloom. — *L'acide lactique dans l'épithélioma facial.* (Le Scalpel, 12 juillet 1896, p. 13.)

Bloom recommande dans ce cas l'usage de l'acide lactique, dont l'avantage serait d'attaquer uniquement les tissus cancéreux en respectant la peau saine. Il se sert d'une pâte adhésive formée de cet acide et d'acide silicique. Cette pâte doit être appliquée sur le mal deux fois par jour la première semaine, puis une fois par jour. L'auteur a employé ce traitement avec succès depuis 8 ans.

Bourlet. — *Epithélioma cutané. Adénome sébacé.* (J. Sc. Méd., Lille 15 août 1896, p. 161).

Homme de 47 ans, portant, depuis 1870, une cicatrice étendue, suite de plaie par balle, à la face antéro-externe du pied. Il y a 2 ans, apparition, sur cette cicatrice, d'une saillie verruqueuse, qui s'est ulcérée et agrandie progressivement. Actuellement, ulcération, mesurant 12 cent. d'étendue, à bords sinueux, polycycliques, violacés, sécrétant un liquide purulent et présentant un fond bourgeonnant, d'où l'expression fait sortir des petits cylindres de matière sébacée. Engorgement de quelques ganglions de

l'aine. Extirpation du néoplasme et autoplastie par un lambeau cutané emprunté à la cuisse. Guérison opératoire.

O. Laurent. — *L'origine maligne des tumeurs.* (Le Scalpel, 28 juin 1896, p. 349).

De cette étude, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1°. Si, d'une part, l'influence héréditaire est assez souvent manifeste, d'autre part, l'origine purement locale des tumeurs malignes paraît être établie dans nombre de cas: 2°. L'intervention chirurgicale précoce peut donc être suivie de la guérison radicale; 3°. L'existence d'une tumeur bénigne, notamment de l'adénome, du papillome ou du fibrome, constitue une condition favorable au développement d'une tumeur maligne; 4°. La transformation maligne des tumeurs peut être réalisée ou, tout au moins, un processus néoplasique bénin peut, à une certaine époque, évoluer dans le sens malin. Cette évolution s'effectue dans le sens homéomorphe et ne doit pas être confondue avec le simple envahissement par une production maligne; 5°. N'est-on pas en droit de supposer que la greffe de tumeurs malignes pourrait donner lieu à des résultats plus nets si les conditions d'âge, d'irritation et d'homéomorphie étaient simultanément réalisées? 6°. Eu égard à l'éventualité d'altérations malignes, l'extirpation notamment de l'adénome, du papillome et du fibrome doit être aussi radicale et aussi précoce que possible; 7°. Les notions d'étiologie nous permettent d'espérer que l'hygiène préventive pourrait, chez le prédisposé, empêcher la formation d'une tumeur maligne.

P. Mermet et R. Lacour. — *Sarcome du muscle biceps. Extirpation. Récidives. Ostéosarcome secondaire.* (Soc. anat. Par., 19 juin 1896, p. 431).

Homme de 31 ans, opéré en 1894 d'un sarcome du muscle biceps fémoral. 14 mois plus tard, récidive sous forme de tumeur siégeant à la partie supérieure du creux poplité. Extirpation; sarcome fuso-cellulaire. 6 mois plus tard, signes ordinaires de l'ostéo sarcome juxta-articulaire. Amputation sous-trochantérienne. L'examen de la pièce montre que toute l'articulation et les extrémités osseuses juxta-articulaires sont atteintes, de même que le creux poplité.

Ledrain. — *De la fréquence du sarcome en Algérie et de sa guérison par les empiriques indigènes.* (Acad. de Méd., 21 juillet 1896.)

Dans ce travail, qui débute par cette remarque que l'épithélioma chez les indigènes est rare, alors que le sarcome est fréquent, Ledrain rapporte trois observations de cette dernière affection, guérie par une pommade à base de goudron. Voici le résumé de ces observations :

1° Un indigène de la tribu des Chambaas présentait une tumeur de la paupière gauche. La tumeur enlevée fut reconnue histologiquement de

nature sarcomateuse; récidive trois semaines après; le malade fut alors traité par un sorcier indigène avec une pommade au goudron. La guérison fut complète et définitive. Ce goudron est un produit complexe préparé dans une région du Sahara avec des arbustes du pays, notamment le genévrier. C'est donc une mixture très impure, nullement comparable au goudron de Norwège, qui est d'ailleurs sans efficacité en pareil cas.

2° Un instituteur indigène portait deux tumeurs du cuir chevelu. Legrain extirpe une de ces tumeurs en partie et reconnaît, à l'examen microscopique, qu'il s'agit d'un sarcome à petites cellules. On applique alors sur les deux tumeurs la pommade au goudron du pays. La guérison fut rapide et persista complète.

3° Une jeune juive de 18 ans présentait un sarcome de la région de l'apophyse mastoïde. La tumeur enlevée était un sarcome globo-cellulaire. Deux récidives furent traitées par l'intervention chirurgicale; enfin, en présence de ces insuccès, la malade s'adressa à un sorcier indigène, qui appliqua une pommade à base de goudron. La guérison fut parfaite.

Thèses et Brochures.

C. Nicolopoulo. — *Sar un cas d'épithélioma primitif de la séreuse vaginale.* (Thèse de Paris, n° 450. 1895.)

L'auteur, malgré ses recherches bibliographiques, n'a trouvé aucun exemple de publication d'épithélioma semblable à celui qu'il rapporte. Cependant, de l'analyse de l'observation qu'il a recueillie, il émet quelques conclusions, dont nous extrayons les principales :

Certaines tumeurs de la tunique vaginale rentrent dans la classe des épithéliomas des séreuses, classe créée en 1852 par Ch. Robin et dont l'étude a été trop négligée depuis

Il n'y a, en anatomie pathologique, que quelques tumeurs improprement appelées papillomes ou adénomes de l'ovaire, dont la structure soit entièrement comparable à celle des tumeurs que nous étudions.

Il y a lieu d'établir un parallèle entre ces végétations épithéliales de la surface de l'ovaire et nos tumeurs de la vaginale.

De part et d'autre, nous constatons même structure, même constitution histologique; aussi ne craignons-nous pas d'ajouter, sans preuve indiscutable, il est vrai, mais non sans quelque apparence de raison : même origine aux dépens de l'épithélium germinatif, — même évolution; et nous rapprochons des kystes gélatineux, développés aux dépens du péritoine ovarien et périovarien, les hydrocèles gélatineuses, à pathogénie inconnue, développées aux dépens de la séreuse vaginale.

Ces tumeurs de la vaginale n'ont pas de symptomatologie propre; elles traduisent leur présence par le symptôme banal « hydrocèle chronique ».

Le diagnostic de cette affection, en raison de la nuture épithéliale de la tumeur, doit être fait; il ne peut être fait que par l'incision large de la séreuse, premier temps de la cure radicale.

Comme il y a lieu de craindre pour l'avenir une dégérescence cancéreuse, la castration est indiquée.

En raison de la rareté de cette localisation primitive de l'épithélioma, nous reproduisons *in extenso* l'observation publiée par l'auteur.

Homme de soixante-cinq ans, vient réclamer des soins pour une tumeur des bourses du côté gauche, ayant tous les caractères d'une hydrocèle.

L'hydrocèle est du volume d'un gros citron; elle est régulière, présente la disposition dite en calebasse, donne à la palpation une sensation de résistance et de fluctuation des plus manitestes. Elle est absolument indolore; à sa partie postérieure et interne, cependant, une sensation douloureuse, réveillée par la pression, décèle la présence du testicule en ce point.

La transparence existe très nette à la partie antérieure et à la partie moyenne de la tumeur, mais manque complètement à la partie postérieure.

L'examen du cordon, de la prostate et des vésicules séminales est négatif : pas de ganglions inguinaux, tuméfiés ou douloureux; les poumons sont sains.

L'état général est bon; pas d'amaigrissement.

L'interrogatoire nous fait obtenir les renseignements suivants : à la fin du mois de janvier 1895, le malade a fait une chute sur l'épaule gauche. A peu près à la même époque, sans que le coup ait porté sur les bourses, la partie gauche a commencé à grossir; elle a grossi progressivement, pour atteindre en définitive le volume actuel; au début, le malade a éprouvé des douleurs assez vives dans la région inguinale droite.

Dans les antécédents héréditaires du malade, nous notons un père alcoolique, mort à l'asile d'aliénés de Vaucluse; une mère, un frère et une sœur morts phtisiques.

Lui-même a toujours joui d'une bonne santé; il est atteint d'une hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire inguinale du même côté; cette affection l'a fait réformer au conseil de révision. Il a été déjà soigné à la Pitié en 1892 pour une adénite axillaire suppurée consécutive à une plaie du doigt.

Pas de syphilis, pas d'orchites, pas de blennorrhagie antérieure.

On porte le diagnostic d'hydrocèle et on propose la cure radicale, qui est acceptée par le malade.

Opération le 28 mai 1895. Anesthésie cocaïnique. L'incision du scrotum absolument indolente conduit sur la vaginale qui est disséquée sur une grande partie de sa face antérieure, puis ponctionnée; il en sort environ 150 grammes d'un liquide citrin ; on agrandit l'incision et on découvre la cavité de la vaginale.

Les deux feuillets de la séreuse sont recouverts de végétations légèrement rosées, d'aspect framboisé, dures, sessiles, de volume variant entre une grosse tête d'épingle et un pois, irrégulièrement distribuées à sa surface, plus particulièrement accumulées cependant en bas et en dehors de la cavité.

En présence de ces lésions, on pratique immédiatement la castration.

Les suites opératoires ont été des plus simples; le pansement et les fils ont été enlevés au huitième jour.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a été fait par M. le docteur Pilliet. Nous reproduisons la note que M. Pilliet a lui-même rédigée à ce sujet:

a. — Coupes au niveau de l'épididyme.

L'épididyme est couvert de bourgeons blancs et durs, dans l'intervalle desquels la séreuse est épaissie et présente un revêtement de cellules prismatiques, élargies à leur extrémité libre, à noyaux sphériques volumineuses, multinuclées, au lieu de l'endothélium plat normal. Au voisinage immédiat des bourgeons, ces éléments reposent sur plusieurs assises de cellules polygonales tassées; et le tout ne forme pas une nappe uniforme, mais un plan irrégulier, l'épithélium étant soulevé par des saillies conjonctivo-vasculaires, à forme de papilles ébauchées.

Les bourgeons eux-mêmes sont constitués par des papilles plus volumineuses, mais dans lesquelles l'épithélium superficiel s'est invaginé et a proliféré, souvent en plusieurs points à la fois, de la périphérie du bourgeon.

Prenons un de ces points isolés, il constitue un follicule néoplasique dont le centre correspond à l'axe de l'invagination épithéliale, axe d'où partent une série de travées formées de cellules volumineuses à gros noyau, disposées en tube incomplètement développés. Un certain nombre de ces tubes, à la périphérie du follicule se creusent et deviennent de petits kystes tapissés de cellules prismatiques. Sur les plus volumineux de ces follicules, le centre se modifie et se sclérose alors que la périphérie continue à végéter, suivant le processus connu des épithéliomas glandulaires.

Sous la séreuse ainsi envahie, on retrouve les tubes de l'épididyme intacts, avec leurs cellules ciliées en place.

b. — Coupes au niveau du testicule.

Elles ont été pratiquées en deux points différents et ont donné les mêmes résultats. Les bourgeons de la séreuse gagnant

dans son épaisseur y forment des kystes étalés entre les feuillets conjonctifs larges et plats, par conséquent, tapissés de cellules prismatiques et contenant un liquide clair. Sur d'autres points, c'est la forme papillaire qui domine et les bourgeons de la vaginale sont formés de végétations épithéloïdes groupées sur des pédicules vasculaires très grêles. Le testicule sous-jacent est partout scléreux ; beaucoup de tubes séminifères présentent de l'atrophie de leurs éléments avec épaisissement correspondant de leur gaine lamelleuse. Les cellules interstitielles forment partout dans la glande des îlots très développés.

c. — Coupes au niveau du cordon.

La séreuse seule est prise et couverte de fins bourgeons. Les éléments du cordon sont intacts.

d. — Coupes de la vaginale seule.

Ces coupes ont porté sur un des bourgeons les plus volumineux. Il est composé d'une quantité de follicules néoplasiques dont beaucoup sont nécrosés à leur centre.

En résumé :

Nous constatons que le point de départ du néoplasme est l'endothélium de la séreuse, proliféré et transformé. Il donne naissance en même temps à des invaginations profondes aboutissant à des kystes et à des saillies papillaires, fait qui se retrouve dans un certain nombre de tumeurs de la *surface* de l'ovaire (papillomes, etc). C'est, par définition, une forme de l'*épithélioma des séreuses*, créée par Ch. Robin et qui comprend une série d'espèces dans laquelle le papillome superficiel de l'ovaire pourrait aussi trouver sa place.»

A. Marie. — *Recherches sur la question du Cancer.* (Thèse de Paris, 1895, n° 71).

Cette question, encore si controversée de la nature du cancer, a fait naître deux théories, la théorie parasitaire et la théorie histogénique que l'auteur envisage au début de ce travail. Il rappelle tout d'abord un certain nombre de faits bien observés et ayant une réelle valeur à l'appui de la première de ces théories. Ce sont : Les uns, des faits relatifs à la contagion du cancer ; les autres, les formes de la carcinose aiguë. Puis il aborde l'exposé des travaux microscopiques entrepris depuis 1888.

Après avoir discuté les différentes formes de coccidies décrites par Darier, Wickam et Albarran et montré qu'elles ne sont, en réalité, que des figures appartenant aux différents modes de kératinisation des cellules, il rappelle que Thoma a le premier décrit des formes intéressantes dans les épithéliomas ; elles sont identiques à celles de Nils-Sjöbring (*Fortschritte der Med., 1890*).

Les organismes que Sjöbring rencontra dans 6 épithéliomas de la mamelle, dans un cancer primitif du foie et dans un carcinome de la prostate siégeaient sous forme de petits corpuscules dans la proximité du

noyau de la cellule cancéreuse ; ils étaient toujours isolés de la substance cellulaire environnante par une sorte de vésicule à contours fortement accusés, qui avaient l'apparence d'une capsule incolore. Les pièces ayant été fixées par l'alcool absolu, qui favorise les rétractions du protoplasma, il pourrait se faire que ces sortes de vacuole soient dues au fixatif employé, lequel aurait produit un épaississement de la couche protoplasmique rétractée autour du corpuscule.

Le volume de ces sarcodes oscillait entre 2 et 15 μ ; les plus petits se coloraient fortement. L'auteur faisait suivre leur description du développement hypothétique de ces parasites.

Dans un travail ultérieur Foà communique ses recherches sur un parasite qu'il a découvert. Il s'agit toujours d'un petit corpuscule punctiforme qui se trouve à l'intérieur d'une vacuole à contours très nets, et arrondie. La vacuole n'est jamais intranucléaire, mais située constamment au sein du protoplasma de la cellule dont elle repousse le noyau. La grandeur des vacuoles est très variable, ainsi que leur nombre dans la même cellule qui peut en contenir depuis une jusqu'à une douzaine et plus.

L'intérieur de la vacuole est quelquefois segmenté en forme de cocarde ou de rosette. Enfin, dans la même vacuole il peut se rencontrer plusieurs granulations corpusculaires que Foà interprète comme une division sporogène.

Viennent ensuite d'autres mémoires, que l'auteur passe en revue et à la suite desquels il expose ses recherches personnelles et donne la technique qu'il a employée. Il a rencontré un certain nombre de figures qu'il ramène à trois formes principales : La première forme consiste en une ou plusieurs vacuoles intraprotoplasmiques, contenant chacune un ou plusieurs corpuscules arrondis ou falciformes.

La vacuole est située sur un point très variable de la masse protoplasmique cellulaire : tantôt au centre de la cellule, tantôt accolée à la paroi, elle repousse le noyau à l'autre pôle de la cellule, ou, d'autres fois, se trouve rapprochée de lui, logée, dans une sorte de concavité que forme le noyau.

Ce dernier revêt alors la forme d'un croissant qui peut entourer parfois, presque complètement, le corps parasitaire, de telle sorte que ce dernier semble être intranucléaire.

La deuxième forme est caractérisée par des corpuscules arrondis ou falciformes, libres dans l'intérieur du protoplasma de la cellule habitée par le parasite. Tantôt on trouve à côté d'eux la vacuole déshabitée, tantôt on ne la voit pas.

Enfin on observe fréquemment des formes qui font penser soit à une division de la vacuole ou du corpuscule seul, soit à une communication de plusieurs vacuoles entre elles.

Différentes hypothèses ont été émises au sujet de ces formes cellulaires. Marie les étudie et les critique et, cela fait, il consacre

un chapitre à l'examen des faits expérimentaux, ce qui le conduit aux remarques suivantes :

La greffe au porteur semble réussir et a réussi dans certaines conditions qu'il reste à déterminer.

Des inoculations se sont montrées positives sur des animaux de la même espèce (Hanau, Morau, Von Eiselsberg, etc.).

Les fragments de cancer se sont toujours résorbés quand on a essayé de les implanter sur des animaux d'espèce différente.

Passant ensuite à la discussion des théories, théorie de Cohnheim et théorie de Bard, il montre que la première, non vérifiée par l'expérimentation, n'explique pas la genèse des néoplasmes, et que la seconde (théorie de la spécificité cellulaire), soulève de nombreuses objections. Aussi, tout en faisant certaines réserves, Marie estime que la seule théorie qui satisfasse l'esprit est la théorie parasitaire. Elle s'appuie sur :

a) Des faits d'observation clinique.

b) Des constatations de figures endocellulaires dont on ne peut donner l'explication qu'en invoquant l'hypothèse de parasites, probablement de la classe des sporozoaires.

c) Quelques expériences de greffe cancéreuse positives.

J. Rebulet. — *Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie.* (Thèse de Paris, 1896, n° 302).

Le premier chapitre de cette thèse est consacré à l'étude de la nature et de l'origine du cancer. L'auteur y résume et discute les théories anciennes et modernes (irritation, contagion, parasitisme) et, tout en rappelant que si l'on n'est pas en droit actuellement de prendre parti pour telle ou telle théorie, il estime du moins que les preuves font défaut pour attribuer la fréquence de la maladie à la contagion ou à sa transmission par l'eau et par le cidre.

Des observations qu'il a recueillies et qui confirment la grande fréquence du cancer dans certaines régions de la Normandie, comme différentes enquêtes l'ont établi (Arnaudet, Brunon, etc.), il s'applique à démontrer que l'hérédité, renforcée par la consanguinité, joue le principal rôle parmi les causes qui méritent d'être invoquées. C'est l'un des points, traités en détail, de cette étude dont nous avons extrait les chapitres reproduits plus haut. (Voir page 19).

L. Manichow. — *De l'hérédité du cancer, et, en particulier, du cancer de l'estomac.* (Thèse de Paris, 1896, n° 415).

Manichow qui, depuis de longues années, exerce la médecine dans l'arrondissement de Soissons, a rencontré environ 500 cas de cancer de l'estomac, ce qu'il s'efforce d'expliquer, dans ce travail, par

la fréquence des mariages consanguins dans le Soissonnais et par suite par l'hérédité.

Avant de mettre en relief les preuves qu'il invoque à l'appui de cette opinion, il discute les nouvelles théories émises sur la pathogénie du cancer, théorie de l'irritation (Virchow), théorie parasitaire; il combat l'opinion du Dr J. Félix, n'admettant pas la diathèse cancéreuse et croyant à la contagion du cancer ulcéré et à sa propagation par infection (*Voir Revue des maladies cancéreuses, T. 1er Fasc. 3 et 4*); puis, résumant les différents travaux parus en ces derniers temps, il conclut que, si cette question de pathogénie reste encore douteuse, il est un facteur, l'hérédité, dont la valeur s'impose à l'observation.

C'est ce qui ressort d'un certain nombre de statistiques que l'auteur mentionne et de l'exposé des faits personnels qu'il publie, et qui ont trait à 23 familles, dans lesquelles il a noté 69 cas de cancer, dont 57 de l'estomac et 12 des autres organes, isolés ou coïncidant chez plusieurs membres de la même famille. Aussi se croit-il autorisé à soutenir:

Que l'hérédité du cancer ne peut être mise en doute.

Que dans le sud du Soissonnais cette hérédité se manifeste dans la grande majorité des cas sous forme de cancer à l'estomac, localisation plus fréquente chez les hommes.

Que le cancer se transmet des parents aux enfants et que, dans les cas cités, on constate, d'une part, l'influence de l'hérédité, et, d'autre part, celle du mariage consanguin.

J. P. Rolland. — *De la gastrotomie selon le procédé d'Ssabanejew-Frank-Villar.* (Thèse de Bordeaux, n° 20, 1895-1896).

L'auteur consacre cette étude à la description de ce procédé de gastrotomie, procédé de choix, applicable aux rétrécissements de l'œsophage, cancéreux ou non. Son but est d'établir, entre l'estomac et l'orifice cutané de la fistule gastrique, un canal permanent qui empêche le reflux des aliments au dehors et les excoriations de l'orifice cutané.

En voici le manuel opératoire :

1° Incision de la paroi à 1 cent. 1/2 du rebord costal gauche;

2° Recherche, sous le lobe gauche du foie, de l'estomac, qui est saisi avec une pince à hystérectomie;

3° On attire au dehors deux travers de doigt de paroi stomacale et on en fixe la base par 6 points de suture à la plaie abdominale;

4° A deux travers de doigt au-dessus de la première incision, on fait sur la paroi costale une incision parallèle, cutanée et de moindre étendue;

5° On décolle la peau qui sépare les deux incisions, on fait passer sous le pont cutané le pli stomacal;

6° On le fixe à l'incision supérieure et on l'incise;

7° La plaie intérieure est refermée par une suture cutanée.

On refait ainsi au malade : *a*) une bouche, *b*) un œsophage, *c*) un cardia.

Vergez. — *De la gastrotomie à l'heure actuelle.* (Thèse de Bordeaux, 1895-96, n° 59).

Dans cette monographie l'auteur a eu pour but de présenter les progrès réalisés par la gastrotomie depuis Sédillot. En s'appuyant sur les statistiques des auteurs, il montre que c'est aux perfectionnements de la technique qu'il faut attribuer la diminution de la mortalité jadis si effrayante. Si la gastrotomie n'est que palliative dans les rétrécissements cancéreux infranchissables, elle permet, dans les cas de rétrécissement cicatriciel, de traiter ultérieurement cette sténose avec succès.

Vergez fait, en deux chapitres, l'exposé des différentes méthodes opératoires en un temps et en deux temps. Il donne sur chaque procédé des détails minutieux; il insiste tout particulièrement sur ceux de Terrier, de Jaboulay et sur celui de Ssabanejew-Willar auquel il donne la préférence, ce procédé s'opposant au reflux des liquides par la fistule stomacale. Enfin, dans l'un des chapitres, il se livre à quelques considérations instructives sur la gastrotomie en général.

C. Brechoteau. — *Du phlegmon péri-ombilical et des fistules gastro-cutanées dans le cancer de l'estomac.* (Thèse Paris, 1896, n° 146).

Parmi les complications rares du cancer de l'estomac, on peut noter le développement d'un abcès de la paroi abdominale au-devant de cet organe. C'est à l'étude de ce sujet, sur lequel le premier travail d'ensemble a été publié en 1887 par Feulard, que l'auteur a consacré sa thèse.

Cet abcès se forme soit entre la paroi intérieure de l'estomac et la paroi abdominale, soit à l'intérieur même de cette dernière plus ou moins superficiellement. Il peut ne communiquer ni avec l'estomac, ni avec l'extérieur, mais le plus souvent cette indépendance n'existe pas. La perforation de l'estomac, qui siège ordinairement sur la face antérieure de l'organe, même dans le cas de cancer du pylore, est habituellement unique et de dimensions variables ; le trajet fistuleux est tantôt oblique, particulièrement lorsqu'il existe en même temps une perforation cutanée.

Cette dernière perforation se produit soit au niveau de la cicatrice ombilicale, point de moindre résistance, soit plus haut, au sommet de la tumeur. Cet orifice externe est parfois très petit, mais il ne tarde pas à s'agrandir par ulcération de ses bords, et à atteindre des dimensions, qui permettent d'apercevoir le fond de l'abcès rempli de bourgeons cancéreux.

Ce phlegmon de la paroi abdominale, qu'on rencontre surtout dans les formes molles de cancer (encéphaloïde) et dont l'origine infectieuse n'est guère douteuse, revêt au début les symptômes ordinaires des phlegmons de la région ; le passage par l'orifice externe de la fistule des liquides alimentaires indique que cette fistule est gastro-cutanée. C'est une complication qui hâte la marche du néoplasme et doit faire prévoir qne le dénouement fatal est proche.

La péritonite tuberculeuse localisée, avec abcès et fistule ombilicale, est la seule affection qui puisse prêter à confusion.

H. Aubry. — *Du sarcome diffus de la muqueuse utérine.* (Thèse de Paris, 1896, n° 199).

Le sarcome diffus de la muqueuse de l'utérus, forme rare des sarcomes de cet organe, est caractérisé par l'infiltration diffuse ou en nappe de cette muqueuse par des éléments sarcomateux.

Maladie de l'âge avancé, ce sarcome semble rester localisé à la muqueuse. On observe, il est vrai, une augmentation uniforme et régulière de l'organe, due à une hypertrophie de la tunique musculaire, mais les lésions caractéristiques n'intéressent pendant longtemps que la muqueuse. A la surface de cette membrane se voient des nodosités, des bosselures arrondies entremêlées de foyers de ramollissement et de nécrose. Au microscope, c'est le sarcome à cellules rondes, quelquefois le sarcome à cellules fusiformes.

Les principaux symptômes de cette affection sont des hémorrhagies utérines, de l'hydrorrhée, une augmentation progressive de l'utérus sans retentissement fâcheux rapide sur l'état général, bien qu'un jour la terminaison fatale doive survenir si une intervention n'y remédie.

Le diagnostic doit donc en être fait le plus tôt possible et par l'examen histologique on reconnaîtra qu'il ne s'agit ni d'un épithélioma, ni d'une endométrite chronique végétante, affections avec lesquelles le sarcome diffus présente certaines analogies. Cela acquis, il ne reste plus qu'à pratiquer une hystérectomie totale.

E. Lairé. — *Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus.* (Thèse de Paris, 1896, n° 322).

Ce travail est un plaidoyer en faveur de l'ablation totale de l'utérus cancéreux. Contre-indiquée en cas de propagation de voisinage, d'immobilité de l'utérus, l'opération aura d'autant plus de chance de réussir que le néoplasme est plus localisé. D'après un relevé de statistiques étrangères et françaises portant sur près de 400 cas, l'auteur montre que la mortalité opératoire est faible (5 à 10 %) et que, si un certain nombre de récidives apparaissent rapidement, d'autres n'apparaissent que dans la 2^{me} et la 3^{me} année

après l'intervention. Dans quelques cas exceptionnels la survie est plus longue.

N'eût-on qu'une chance sur 100, dit l'auteur, la condamnation à mort étant sans appel en cas de non intervention, l'hystérectomie vaginale totale doit être préférée à tout autre moyen, puisque tous n'ont pour terminaison que l'insuccès.

Cela est vrai, mais cette chance, actuellement, n'est que problématique. Quant à la survie post-opératoire, signalée dans chaque statistique citée par l'auteur, elle ne me paraît pas d'une façon générale plus prolongée qu'à la suite des interventions partielles, des curetages renouvelés, dont le peu de gravité est indiscutable.

De ces interventions sont justiciables non seulement les cancers dits inopérables, mais encore les cancers, dits opérables, l'étendue des lésions, quelque limitées qu'elles paraissent, étant toujours et pour tous jusqu'alors une inconnue.

E. Duvrac. — *Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude.* (Thèse de Paris, 1896, n° 412).

Cette monographie ne repose que sur les résultats de quelques observations qui, tout en ayant été favorables, ne permettent pas cependant de juger d'une façon absolue de la valeur du chlorate de soude comme traitement palliatif du cancer inopérable de l'utérus. Ce traitement n'en doit pas moins être recommandé, puisque suivant l'auteur, il procure des améliorations plus sensibles qu'avec toute autre médication.

Il consiste en applications locales de chlorate de soude sur la partie malade sous forme de tampons imprégnés de ce sel et en l'administration à l'intérieur de cette même substance. Les tampons sont préparés de la façon suivante : Dans un liquide ayant la consistance d'un sirop épais et composé d'iodoforme (100 gr.), de chlorate de soude (2 kilog.) et de glycérine (2 litres), on trempe des bandes de gaze stérilisée pliées en plusieurs doubles ; puis, lorsqu'elles ont été bien imprégnées, on les exprime et on les conserve en vase clos. Ces bandes servent à faire des tampons, dont on fait usage trois fois par semaine après lavage et désinfection de la cavité vaginale. A ce traitement local on ajoute l'administration, à l'intérieur, du chlorate de soude à dose quotidienne progressive pouvant atteindre 6 à 8 grammes par jour.

Minelle. — *Contribution à l'étude des myxomes de la parotide.* (Thèse de Paris, 1896, n° 194).

Le myxome pur de la parotide est rare: il en existe toutefois quelques observations non contestables. Plus souvent, il est vrai, ce myxome s'allie au fibrome, au sarcome ou à l'épithéliome. Il est fréquemment infiltré de cellules embryonnaires, dont la disposition variable imprime des aspects différents à la tumeur; et l'on peut

dire, d'une façon générale, que leur gravité est d'autant plus grave que leur structure se rapproche davantage de celle du tissu embryonnaire. Le pronostic est donc subordonné à l'examen histologo-pathologique. Le seul traitement, indiqué en présence d'une tumeur de ce genre, est l'ablation totale du néoplasme et de tous les tissus suspects.

M. O. de la Barrière. — *Sur un cas de lymphadénome des fosses nasales.* (Thèse Bordeaux, 1896, n° 49).

C'est le premier cas de lymphadénome, d'après les recherches de l'auteur, recueilli dans les fosses nasales ou, du moins, ayant donné lieu à une étude détaillée. Il a été observé sur une femme de 45 ans et a présenté les symptômes des tumeurs malignes de la région; notons en particulier les hémorrhagies fréquentes et abondantes.

L'intérêt de ce fait réside principalement dans l'examen histologique du néoplasme, qui a démontré qu'il s'agissait bien d'un lymphadénome caractérisé par un réticule lymphatique rempli de petites cellules disparaissant par le pinceautage.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1896.

Appareil de la locomotion

ARDOUIN. Ostéosarcome (Soc. anat. Par., 12 juin, 426. — AUBEAU. Sarcomes myéloïdes du maxillaire supérieur (Rev. odontalg., juin). — HELLE. Des tumeurs du calcanéum (Thèse de Paris). — LACHOUILLE. Ostéotomie et résection dans les ankyloses du genou chez l'enfant (Thèse de Paris, 24 juillet). — LAUNAY. Sarcome de la dure-mère (Soc. anat., Par., 5 juin, 412). — ROSE (Villiam). Sarcome du fémur; amputation et réamputation (Médecine mod., n° 52, 412). — STEINBRUGGE. Un cas de cholestéatome de l'os temporal (Berl. Kl. Woch., 29 juin).

Appareil de l'innervation

CHURTON. Sarcoma of Corpoza quadregemina and Pineal body (Deds Med. Ch. Soc., mai, 1). — DEGUY. Psammome de l'arachnoïde (Soc. anat. Par., 19 juin, 447). — PATON (P.). Nature et traitement des tumeurs de la moelle (The hospital, juillet). — ROSTHORN (A.). Primares medullares C... tubœ. (Zeit. f. Heilk. Berlin, XXII, 2-3, 177).

Appareil des sens spéciaux.

Bond. A Case of recurrent Sarcoma of the Nosc (Laryng. Soc. of Lond., mai 13). — Bourlet. Épithélioma cutané (J. Sc. Méd. Lille, 15 août, 1615). — De Mets. Anticancer serum injection in retinal glioma (Belg. M., 23 avril). — Fromaget. Corps étranger végétal de l'œil simulant une tumeur maligne (Gaz. des Sc. Méd. Bordeaux, n° 5). — Gaucher (E.). Traitement des épithéliomas cutanés (Cong. int. derm. Lond., 5 août). — Lederman. Sarcoma of the nasal cavity (Med. Rec., nov. 30, 1895). — Rozanoff. Anatomie pathologique de la peau dans la cachexie C... (Thèse St-Péters.). — Verliac. Des néoplasmes malins primitifs de la glande lacrymale (Thèse, Bordeaux).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Bramwell (B.). Primary sarcoma of liver (Edimb. Med. Ch. Soc. 3 juin). — Chérot. C... de la lèvre (Soc. anat. clin. Lille, 6 mai). — Flouquet. Épithélioma du plancher de la bouche (J. Sc. Méd. Lille, 20 juin, 581). — Fraenkel (B.). C... der vorderen pharynxvand (Ver. arz. ges da Charité-acr., juin 23). — Galliard. Fistule œsophago-pulmonaire et C... de l'œsophage (Soc. Méd. hôp. Par. 17 juillet). — Kugeler. An interest. case of épithelioma of the œsophagus (Pacif. Med. J. avril.) — Matagne (H.). C... du plancher de la bouche guéri par le traitement de Coley. (Gaz. Méd. Liège, n° 33). — Rolland (J.-P.). Gastrotomie selon le procédé de Ssabancjew-Frank-Villar (Thèse de Bordeaux, n° 20). — Vierhuff. Rapport du C..., de l'œsophage avec l'aorte (St-Peters. M. Wch., n° 22). — Zurakowski. C... primitif de la luette (Kronika Lek., n° 2).

2° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Carrière et Armand. C... du cœcum ; dilatation de la crosse aortique (J. Sc. Méd. Bordeaux, 28 juin, 289). — Chaput. Traitement chirurgical du C... du rectum (Presse Méd. Par., n° 50). — Deguy... C... de l'estomac (Soc. anat. Par., 14 juin). — Finet. De l'exérèse dans le C... du rectum (Thèse de Paris). — Israel. Deux anus contre nature. C... du côlon (Bulletin Méd., 8 avril, 348). — Letulle. Diagnostic du C... de l'estomac (Presse Méd. Paris, n° 57, 333). — Manichon. De l'hérédité du C... (Thèse de Paris). — Morison. C... du pylore ; excision ; gastro-entérostomie (Médecine Mod. Par., n° 48, 378). — Étranglement consécutif à un C... du côlon descendant (Id. id.). — Constriction C .. de l'intestin ; obstruction, entérostomie (Id., n° 47, 371). — Opper. C... de l'S iliaque (Soc. Méd. int. Berlin, 24 juin). — Quénu. Traitement du C... du rectum (Soc. Chir. Par., 22 juillet). — Riedel. C... du duodénum développé à la suite d'une actinomycose intestinale (XXV^e Cong. Soc. all.

Chir., mai 27). — Smirnow (S.-A.). De l'agaric du bouleau chez les C... (Semaine Méd. Par , n° 34, 8 juillet).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Busson. Du C... de l'ampoule de Vater (Thèse de Paris). — Durand-Fardel. C... de l'ampoule de Vater (Presse Méd. Par., n° 49, 285). — Fothergill (B.-E.). Un cas de maladie maligne du pancréas (Brit. Med J., 30 mai). — Griffon. Béance du cholédoque dans le C... du pancréas (Soc. anat. Paris, 4 juillet). — Minelle. Des myxomes de la parotide (Thèse de Paris, n° 94). — Thomas. C... colloïde de la vésicule biliaire (Soc. anat. Paris, 26 juin). — Vincent (G.) Du C... de l'ampoule de Vater (Thèse de Paris, 9 juillet).

Appareil de la circulation

Chassy (Al.). Tumeur C... oblitérant la veine cave inférieure et l'oreillette droite (Gaz. des hôp., Paris, n° 74, 753). — Leyden et Kaiserling. Lymphosarcome du médiastin (Soc. Méd. int. Berlin, 6 juillet). — Petit (V.). Des myxomes du cœur (Thèse de Paris).

Appareil de la respiration

Blumenan. Primares sarkom der pleura (Deut. M. Wch., n° 4). — Brims (T.). Dil entmekelung der modern. behandlungen der kropfes (Cong. de deut. ges f. chir., 27 mai). — Ehlich (K.) Primipares C... an der bifurkation der trachea (Monat. f. obr., n° 3). — Jaboulay. Régression du C... secondaire thyroïdien après la mise à l'air de glande thyroïde (Lyon méd., 21 juin). — Oudart. De la trachéotomie dans le C... du larynx (Thèse de Bordeaux). — Vergely. De l'hématome néoplasique de la plèvre (Thèse de Bordeaux).

Appareil de la sécrétion urinaire

Bensa. De l'extirpation totale de la vessie pour C... (Thèse de Paris, 22 juillet). — Jeanne. Sarcome télangiectasique de la région rénale (Soc. Anat. Par., 12 juin.) — Schucharett. Papillomes bénins et papillomes C... de la vessie (Arch. f. klin. chir. 411, 1). — Steiner. Tumeur maligne du rein, opération (Soc. de Méd. Berl., 3 juin). — Veliaminoff. Résection partielle de la vessie pour C... (St-Péters.).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Herlemont. Adénite sus-claviculaire C... dans le C... de la prostate (Thèse de Lille). — Minet. Tumeurs solides des tuniques du scrotum

(Thèse de Lille). — Riedel. Sarcome volumineux du testicule inclus dans l'abdomen (25e Cong. Soc. all. chir., 27 mai). — Virely. Du C... de la verge (Thèse de Paris). — Vopel. Ueber sarkome des penis (Thèse de Halle).

2° Organes génitaux de la femme

Aezel. Ueber emen Fall von « decidualer geschwuslst » (Monat. f. geburtsh gynœk... mai).— Beckmamm (W.) Zur Complication der granditût und Geburt Mit. Collumterels (Zeit. f. Geburtsh à gynœka XXXIV, 1). — Bérard. C .. musculaire utérin (Echo méd. Lyon, 15 juillet, 151). — Cordier (A.-H.). C... de l'utérus et grossesse (Med. Rec., 18 avril). — ?... Déciduome malin (Lancet 16 mai ; Brit. Med. J., 16 mai ; Med. Fortn. St-Louis, 1er juin, 306). — Duplay. Traitement palliatif du C... de l'utérus inopérable (Semaine gyn. Par., 23 juin). — Duvrac. Traitement du C. . utérin par le chlorate de soude (Thèse de Par., 9 juillet). — Kleinhauss. Métastases et C... de la matrice (Zest. f. Heit. K. Berlin, XVII, 97-110). — Lefour. Epithélioma du corps de l'utérus (Gaz. heb. Sc. M. Bordeaux, 26 avril). — Livet. Traitement du C... de l'utérus par le carbure de calcium. — Lomberg et Mannheimer. Deciduoma malignum (C. f. Gyn., n° 18). — Mermet (P.). Kystes muco-dermoïdes de l'ovaire, dégénérescence C... (Soc. Anat. Paris, 5 juin, 395). — Morris (H.). C... aigu de l'utérus avec généralisation rapide (Médecine Mod. Paris, n° 49, 388). — Neumann (J.). Ueber das Maligne deciduoma (K. K. ger. d. acr. in Wien, 5 juin). — Noble (G.). 166 cas de C... de l'utérus gravide (Am. J. of obst. juin). — Pryor (W). Tumeurs malignes de l'utérus (Am. J. of obst., juin. — Rech. Grossesse tubaire dans un cas de Cancer du col (C. Bl. f. gyn. 18 avril). — Roger (Villiam) Morphologie du C. de l'utérus (Brit. Gyn. J. février).— Villiams (J. W.). Beit. zur histologie des uterusarkoms (Prag. Zeit. f. Heilk. B. XV).

3° Annexes de l'appareil de la génération

. Burci (Enr.). Hémoangiosarcome endothélial de la mamelle (Gaz. degli. orped. de clin., n° 50, 627).— Burt (W.).The treatment of mammary C... (Ontario Med. ass. june 3). — Féré. Agalactie familiale et C... du sein (Soc. de Biol. Par., 27 juin). — Lange. Le C... colloïde du sein (Beit. z. Kl. chir., XVI, I). — Michel. Squirre du sein et épulis chez la même femme (J. M. Bordeaux, 26 juillet, 337). — Ramond. C... des deux seins avec généralisation rapide (Soc. Anat. Par., 4 juillet). — Sheild (A.-M.). Diagnosis of C... of the breast in its carly. stages (Brit. M. J. Lond., june 20, 1497). — Schmidt. Myxosarcome du sein (Soc. Anat. Par., 3 juillet).

Généralités

Beale. Anticarcinomatom toxins. (Brit. M. J. Lond., juillet 4). — Beatson. Traitement du C .. inopérable (Brit. M. J. Lancet, juin 6). —

Bellati. Primares adenocarcinom einer Wanderwere (Arch. pr. de chir. n° 4). — Beretta. Sérothérapie dans les néoplasmes (Thèse de Par., 22 juillet). — Denisenko. Traitement de la C... par l'extrait de chelidoine (Semaine Méd 15 août). — ?... Desinfectant dressing for C... (Med. herald. St-Jh., june, 291). — Felix. De l'étiologie des affections C... (Rev. des maladies C... avril-juillet). — Féré. Tératomes expérimentaux (Soc. de biol. Par., 23 mai). — Fourmeaux. C... secondaire du grand épiploon (J. Sc. M. Lille, 21 juillet, 84). — Herbet. Sarcome de la région deltoïdienne (Soc. Anat. Par., 12 juin). — Jenny (H.). Beitrage zur Lehre von C... (Arch. f. kl. chir., 51, 2). — Jordan. Die nirenextirpation bei malignen tumoren (Beitr. z. Kl. chir., XIV, 3). — Kahane. Le parasite des tumeurs malignes (C. f. all. path et path. an. n° 12). — Lemoyne (Vills). Etiologie du C... et du sarcome (Occ. Med. Tum. N.-Y. mai, 272). — Letailleur. Etude sur les sarcomes (Thèse de Lille). — Matagne. Traitement des tumeurs malignes par les toxines de Coley (Gaz. M. Liège, 14 mai). — Mangin. Fibrosarcome de la paroi abdominale récidivé (Marseille Méd. 1er juillet). — Méplaux. Des rapports du sarcome dans l'inflammation (Thèse de Lille). — Mermet et Lacour. Sarcome du biceps crural (Soc. Anat. Par., 19 juin). — Michel. Sarcome du médiastin (J. M. Bordeaux, 26 juillet, 335). — Morau (H.). Liquide pour diluer les produits C .. (Soc. de biol. Par., 13 juin). — Morin. Du sarcome intra-musculaire (Thèse de Paris) — Nové-Josserand. Des tumeurs conjonctives des muscles striés (Thèse de Paris). — O'Carrell. Un cas de sarcome rétro-péritonéal (R. ac. of. Med. in Irel, mai 1). — Rebulet. Hérédité et fréquence du C... (Thèse de Paris). — Tibé. Traitement des tumeurs C... par le sérum d'Emmerich (Ass. d. chir. russes, f. 3).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PSEUDO-NÉOPLASMES TUBERCULEUX ET DES TUMEURS MALIGNES DES FOSSES NASALES. — PRONOSTIC

Par **M. Jean GOURDIAT**

Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons dans la *Province Médicale* (26 septembre 1896), fait une courte étude des pseudo-néoplasmes des fosses nasales, en donnant quelques observations inédites. Nous voudrions revenir ici sur quelques points de cette étude : *les caractères différentiels avec les tumeurs vraies et le pronostic de cette affection.*

Pour l'étude historique, l'étiologie de ces productions, nous renvoyons aux différents auteurs que nous avons cités, avec leurs *statistiques.*

Les éléments du diagnostic différentiel pour les cas qui nous occupent sont de plusieurs ordres :

— Antécédents et ancienneté;

— Caractères cliniques;

— Caractères histologiques et contrôle expérimental.

Nous avons en vue seulement les néoformations tuberculeuses déjà volumineuses, simulant de vraies tumeurs. Le diagnostic en effet ne permet pas grande hésitation s'il s'agit seulement de ces petits bourgeons de constance variable que l'on trouve parfois dans

les fosses nasales, accompagnant les lésions typiques du lupus ou de la tuberculose ulcérative.

1° *Caractères différentiels tirés des antécédents.* — Dans certains cas, l'histoire antérieure du malade, son casier héréditaire nous permettent de soupçonner déjà dans une tumeur nasale l'empreinte de la tuberculose.

Dans trois de nos observations, il en est ainsi. Avant l'examen rhinoscopique, on apprenait que l'une avait eu des poussées de kératite, des adénites suppurées du cou ; que l'autre, en plus des mêmes tares scrofuleuses, avait été soignée pour une arthrite du poignet ; qu'un troisième enfin au facies scrofuleux avait présenté des ulcérations lupiques du nez.

Ces divers renseignements pouvaient déjà servir au diagnostic et faire penser à une tumeur nasale bacillaire.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi et le fait inverse paraît plus fréquent. Dans quatre des observations de M. Garel, aucune tare antérieure n'est signalée, et Symonds, dans une belle observation, signale l'absence d' « histoire de la phtisie ».

2° Dans l'étude *clinique* du malade et de la tumeur, au moment où l'on en fait l'examen, nous trouvons des éléments plus précis de diagnose avec les véritables tumeurs malignes, bien que dans certains cas, l'hésitation puisse persister.

Analysons donc les divers symptômes en les comparant dans les deux séries.

1° Des *lésions coexistantes* et reconnues lupiques ou tuberculeuses feront penser forcément au pseudo-néoplasme bacillaire.

La tuberculose viscérale pulmonaire ou d'autres organes est rarement coexistante. La plupart des rhinologistes admettent que dans la forme en vue ici, il s'agit d'une « tuberculose exogène se développant chez des individus bien portants qui ne présentent aucune autre localisation bacillaire » (Lermoyez).

Nous n'avons donc pas ici un élément bien important du diagnostic.

D'autres manifestations tuberculeuses coexistant avec une tumeur nasale sont signalées plus fréquemment.

Dans une observation de M. Garel, la malade présentait quelques nodules autour du nez, diagnostiqués lupus par le Dr Dron, ex-chirurgien de l'Antiquaille.

Plusieurs de nos malades présentaient le facies scrofuleux si typique, faisant songer de suite à la diathèse.

Mais ce caractère est encore inconstant et dans plusieurs cas on ne signale aucune tare concomitante à la tumeur nasale.

2° Trouverons-nous plus d'originalité dans les *caractères cliniques* de la tumeur elle-même ?

Dans les tumeurs malignes du nez, on signale comme principaux caractères :

— L'aspect bourgeonnant combiné parfois à l'ulcération. — Tumeur de consistance variable, naissant souvent de la cloison ;

— L'engorgement des ganglions, surtout à une période avancée ;

— Des écoulements séreux, le jetage sanieux et fétide des fosses nasales ;

— La céphalée persistante, parfois terrible, avec véritables crises ;

— Les épistaxis répétés à la moindre occasion ou spontanés ;

— Le mauvais état général, la cachexie plus ou moins rapide.

Quelles différences trouvons-nous dans l'étude comparée des pseudo-néoplasmes ?

Disons tout d'abord qu'au point de vue du diagnostic différentiel il serait difficile, sinon périlleux, de se baser sur l'évolution de la maladie, l'analyse du plus ou moins dans la cachexie. Certains faits montrent du reste des néoplasies malignes évoluant lentement sans réaction générale. Cependant il faudra, semble-t-il, toujours penser à la tuberculose chez un malade porteur d'une tumeur nasale à évolution lente et contenant un excellent état général.

— L'aspect de la tumeur tuberculeuse est souvent presque identique à celui d'un néoplasme vrai. La narine est obstruée plus ou moins par des masses irrégulières de coloration rose ou grise de consistance molle friable ou au contraire dure, siégeant en général sur la cloison et quelquefois trop étendue pour qu'on puisse apprécier le point de départ.

Rien de bien différent des tumeurs malignes et pas d'élément net de différenciation. C'est l'opinion de notre maître, M. Garel, qui juge le diagnostic très difficile par ces seuls caractères.

— Les *épistaxis* sont un signe plus important de diagnostic. En général dans les tumeurs malignes, saignements de nez plus fréquents, plus abondants, plus difficiles à arrêter. Dans les tuberculomes nasaux, on signale peu de ces hémorrhagies abondantes, tenaces, récidivantes.

Quand on examine le nez, quand on explore au stylet, il vient souvent un peu de sang, mais pas d'hémorrhagie abondante. dans toutes nos observations ce caractère est *assez tranché.*

— Nous en dirons autant de deux autres symptômes négatifs qui semblent importants en l'espèce :

— L'absence de céphalée intense ;

— L'absence d'écoulement ichoreux, fétide.

Dans aucune des observations que nous avons sous les yeux, nous ne trouvons ces signes alarmants. *Schœffer* a pourtant signalé la rhinite fétide dans un cas.

En général, s'il y a un peu de gêne par obstruction nasale, quelquefois du coryza symptomatique avec céphalée légère, il n'y a pas de ces névralgies parfois terribles accompagnant les tumeurs malignes.

L'*adénopathie* est un signe moins différentiel... on trouve parfois les ganglions engorgés sans savoir si leur tuméfaction est facteur de la tumeur ou de la scrofulose générale.

3° Il nous reste enfin à parler du dernier élément, le seul certain souvent de diagnostic... l'épreuve d'inoculation et l'examen histologique.

M. Garel conseille de toujours recourir à ces moyens de contrôle quand on hésite, et plusieurs faits où le diagnostic « *cancer* » avait été porté, montrent l'utilité de cette pratique.

Il est toujours possible d'enlever par les voies naturelles un petit fragment de la tumeur suspecte et de le soumettre aux épreuves d'inoculation au cobaye et d'examen microscopique.

Dans le cas de tuberculose, le microscope révèlera les caractères de ses néoformations (trame fibreuse plus ou mois dense avec tubercules et cellules géantes, cellules épithélioïdes isolées ou groupées, etc.).

Quant à l'inoculation au cobaye, c'est un moyen précieux surtout si l'histologie hésite, mais qui a l'inconvénient de demander plus de temps et peut retarder une mesure radicale nécessaire.

Dans le cas de tuberculose on aura la marche ordinaire de l'infection bacillaire chez le cobaye : *ganglions* du bassin et de l'abdomen, ganglions lombaires, etc., etc. (Voir observation VII).

En résumé, diagnostic fort difficile entre les tumeurs malignes vraies et certaines néoformations d'allure suspecte et de nature tuberculeuse.

Le pronostic des pseudo-néoplasmes est beaucoup plus favorable que pour les *cancers*.

Dans la plupart des cas, le traitement général et surtout local (ablation par les voies naturelles, cautérisation lactique), sont

suffisants. Les tumeurs dures, fibreuses, sont plus faciles à guérir que les formes molles, d'aspect sarcomateux.

Il faut dire pourtant que dans certains cas, ici, comme en d'autres régions, la tuberculose est sujette à des récidives fréquentes, presque désespérantes. Il faut donc, quand après une épreuve thérapeutique sérieuse, on constate la rapide néoformation de la tumeur, réserver le pronostic et bien avertir les malades de l'absolue nécessité d'une surveillance continuelle des fosses nasales.

L'observation VII confirme l'opinion pessimiste de Schæffer à propos des récidives de l'affection et est à comparer aux deux cas de Huquet où l'on ne put obtenir la guérison, même après opération préliminaire.

En règle générale, nous croyons cependant à la bénignité du pronostic et à l'efficacité d'une thérapeutique simple, ne demandant pas d'intervention chirurgicale préliminaire.

Observations (très résumées)

Obs. I (MM. Garel et Collet). — Homme de 25 ans, avec tumeur enlevée à l'anse. Observation clinique égarée.

Examen : Durcissement dans l'alcool et coloration au picro-carminate.

Quelques cellules géantes bien nettes avec couronne épithéliale. A la périphérie, cellules embryonnaires. Revêtement épithélial pavimenteux, sans papilles, avec un point ulcéré.

Obs. II (MM. Garel et Collet). — M^me^ I..., 70 ans. L'affection a débuté il y a 6 mois. Gêne respiratoire. On a porté le diagnostic d'épithélioma. On voit une large tumeur ulcérée et bourgeonnante. Pas de ganglions. Bon état général.

Examen histologique : Trame fibreuse avec tubercules très nets. Ulcération superficielle.

Obs. III (MM. Garel et Collet). — M^lle^ D..., 18 ans.

Pas de tuberculeux dans sa famille. Depuis trois ans nodules lupiques autour du nez. Pas d'adénites cervicales.

Bourgeons friables sur la cloison, surtout à droite.

Examen histologique fait porter le diagnostic de lupus de la cloison nasale bien qu'on ne trouve pas de cellules géantes bien nettes.

Obs. IV (P^ve^ Médicale, 1895).— Femme de 68 ans, avec large tumeur lobulée, lardacée, de la cloison. Deux ablations au galvano-cautère.

Examen : cellules géantes caractéristiques ; tissu conjonctif avec nodules de cellules épithélioïdes, oblitération de quelques vaisseaux capillaires.

Obs. V (Symonds). — Enfant sans histoire de phtisie, avec des épis-

taxis par l'effort. Pas de douleur. Poumons sains. Néoplasme pâle et consistant de la cloison.

En présence de l'hésitation (Société de laryngologie de Londres, 1895), on fait l'examen histologique qui révèle la tuberculose avec bacilles.

Obs. VI (M. Garel). — Femme de 55 ans, nez déformé, grosse tumeur intra-nasale de consistance très dure.

Légère adénopathie sous-maxillaire. Légère céphalée. Pas de jetage. A présenté des adénites suppurées et la kérato-conjonctivite. On hésite entre néoplasme et tuberculose.

L'examen montre la nature tuberculeuse (tubercules petits, nombreux avec cellules géantes. Leucocytes polynucléaires, etc.).

Ablation à l'anse. Pas de récidive 4 mois après. Bon état général.

L'ablation, difficile, a demandé plusieurs séances.

Obs. VII (M. Garel). — Mademoiselle C... Adénites cervicales dans l'enfance. Pas d'épistaxis ni de ganglions. Tumeur bourgeonnante du volume d'une noix, friable, molle à droite. Petits bourgeons à gauche. Dacryocystite symptomatique.

Examen : cellules géantes, cellules épithéliales, néoformation tuberculeuse. Inoculation au cobaye, *positive* (ganglions caséeux très nets).

Ablations répétées et cautérisations lactiques. Récidive rapide. Elle n'est pas encore complètement guérie. A la place de la tumeur existe une perforation de la cloison.

Obs. VIII (M. Garel). — Jeune fille, strumeuse. Bon état général. Pas d'épistaxis ni céphalée.

A déjà été soignée chez M. Garel pour lupus des fosses nasales. Depuis elle a présenté une tumeur du cornet moyen enlevée à l'anse et une néoformation absolument analogue comme caractère à la précédente, obstruant toute la fosse nasale droite.— On a mis assez longtemps pour l'enlever, soit avec l'anse, soit avec des pinces emporte-pièces.

L'examen histologique n'a pas encore été fait. Il ne semble pas y avoir de doute possible sur la nature bacillaire.

LE SARCOME DE LA PROSTATE, ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Par le Dr **Alfred-L. DUPRAZ,**

Privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève

Tous les auteurs admettent la rareté des tumeurs de la prostate. O. Wyss en a relevé 28 cas ; Socin en compte plus de 50 et Engelbach, dans une thèse de Paris, en 1888, en a pu recueillir 114.

La tumeur qui se développe le plus souvent dans cet organe est le carcinome ; le sarcome est l'exception. Sur 55 cas, Engelbach note 48 carcinomes et seulement 7 sarcomes. Socin relate deux cas de sarcome dont un lui est personnel.

La rareté du sarcome est prouvée par ce fait que des traités d'anatomie pathologique très complets n'en font aucune mention (Cornil et Ranvier, Lancereaux).

Les travaux que nous venons de mentionner et, en général, tous ceux qui s'occupent de cette question sont consacrés à l'étude générale du chapitre de pathologie sans insister plus sur un point que sur l'autre ; ce sont des travaux dans lesquels la littérature médicale et la clinique occupent la première place avec le diagnostic, tandis que les autres parties, l'anatomie pathologique et surtout l'examen histologique, sont relégués à l'arrière-plan. Dans la plupart des cas, le résultat de l'examen est seul énoncé et quand une description sommaire l'accompagne, il est difficile, voire même impossible, de vérifier l'exactitude du diagnostic anatomique.

Ainsi que le fait remarquer O. Wyss, ceci est surtout important pour les cas anciens : « On ne peut en tenir compte, parce que, le plus souvent, on ne peut savoir s'il s'agit d'un néoplasme ou d'une simple hypertrophie. Cependant, quelques auteurs ont déjà remarqué que, dans certains cas, la prostate hypertrophiée était très molle au lieu d'être scléreuse.

« Ce sont surtout les auteurs anglais qui nous ont appris à distinguer les tumeurs malignes de la prostate en en faisant un tableau exact. »

L'examen d'un sarcome de la prostate, que M. le prof. Zahn nous a remis et que nous avons pu étudier à l'Institut pathologique de Genève, nous a paru digne d'être publié à cause de la rareté d'examens analogues dans la littérature médicale comme aussi en raison des difficultés du diagnostic microscopique que seule une recherche attentive et suivie nous a permis de vaincre.

Une seconde particularité du cas est la présence d'une tumeur analogue dans l'omoplate gauche du malade. Cette tumeur présente des détails particuliers de structure. Le rapport des deux tumeurs entre elles donne lieu à une discussion intéressante qui formera une des parties de notre travail.

Enfin l'histoire clinique mérite aussi de fixer l'attention et permet de préciser quelques points du diagnostic. A ce propos nous avons recherché dans la littérature tous les cas de sarcome

de la prostate pour voir si quelques symptômes permettent de faire le diagnostic clinique de ce genre de tumeur.

Voici les divisions que nous avons adoptées pour notre travail : 1° Anatomie pathologique et observations ; 2° Clinique ; 3° Etude de la métastase du sarcome de la prostate dans l'omoplate ; 4° Relation des deux tumeurs entre elles ; 5° Bibliographie.

I. Anatomie pathologique

Les sarcomes de la prostate peuvent être primitifs ou secondaires. Sur 15 cas de la littérature médicale (en y comprenant le nôtre), nous relevons 13 tumeurs primitives et seulement 2 (soit le 13,3 °/₀) secondaires. Ceci est conforme à la loi posée par Virchow que « presque tous les organes qui sont volontiers le siège de tumeurs primitives sont rarement envahis par les métastases et réciproquement ». Un seul de nos cas offre l'exemple de la métastase ; dans l'autre, la tumeur s'est propagée par continuité.

Observation I (1). — R. C., âgé de 73 ans, fait un premier séjour à l'hôpital cantonal de Genève, dans le service de chirurgie, pour cystite chronique et hypertrophie de la prostate. Il en part amélioré après des cathétérismes et des lavages de vessie. Entré le 7 mars 1891, il sortit le 21 avril de même année.

Déjà à cette époque il éprouvait des douleurs à l'épaule gauche. L'humérus de ce côté était subluxé, mais, comme cet état durait depuis deux ans, on ne fit aucun essai de réduction, vu l'ancienneté du mal. Au dire du malade, cette subluxation se serait produite subitement et avec vive douleur pendant que le malade portait des volets et depuis ce moment, le membre serait impotent.

Le 4 juillet 1891, R. rentre à l'hôpital à cause de sa vessie ; la miction sans sonde est impossible. On reprend les lavages de la vessie et la dilatation du canal avec les bougies Béniqué.

L'épaule gauche du malade est toujours plus douloureuse. Toute la région scapulaire est tuméfiée ; les reliefs osseux n'y sont pas apparents comme à droite. La peau de la région est tendue, rouge, et le malade a quelques mouvements fébriles. Il semble que l'on est en présence d'une arthrite scapulo-humérale. Les douleurs intolérables que le malade éprouve engagent le Dr Comte à lui proposer la résection de l'épaule.

L'opération se fait le 27 juillet 1891.

Au cours de celle-ci, on se trouve en présence d'une tumeur sarcomateuse de la région. Le grand âge du malade empêche de songer à une intervention plus radicale. La cavité que l'on a sous les yeux est tam-

(1) D'après les notes du Dr Dinichert, assistant du service.

ponnée et la plaie recouverte d'un pansement compressif. Mais malgré tous les soins qui lui sont prodigués, le malade meurt d'hémorragie dans l'après-midi.

M. le professeur Zahn procède à l'autopsie le 28 juillet. Voici les constatations nécroscopiques :

Homme âgé, de taille moyenne. Coloration jaune de la peau. Pas d'œdème des extrémités. Tissu adipeux sous-cutané assez fortement développé.

Musculature du thorax atrophiée, très pâle.

Le foie dépasse de quatre travers de doigt le rebord costal. Le diaphragme remonte à droite et à gauche au bord inférieur de la quatrième côte.

Le tissu adipeux du grand épiploon est très développé. L'appendice vermiforme est normal.

Thorax excessivement large, poumons bien rétractés, presque totalement adhérents, le gauche surtout. Sternum normal. Cœur petit, surchargé de tissu adipeux.

Une ecchymose récente à l'oreille droite. Plaque laiteuse sur le ventricule droit.

Aorte suffisante. Trou de Botal fermé. Artère pulmonaire normale, valvules légèrement épaissies. Petite tache rouge vascularisée à la valvule médiane près du nodule d'Arantius. Musculature pâle. Endocarde légèrement épaissi par places. Endartérite déformante de l'aorte. Valvules épaissies. Une ecchymose récente dans le septum. Petites ecchymoses dans la valvule mitrale antérieure. Transformation tendineuse des muscles papillaires. Rien à l'oreillette ni à l'auricule gauches.

Les poumons se détachent facilement. Anthracose des ganglions péribronchiques. Emphysème pulmonaire.

Œsophagite chronique granuleuse.

Endartérite chronique déformante de l'aorte thoracique.

Rate agrandie, pâle, pulpe molle.

Capsules surrénales normales.

Atmosphère graisseuse du rein très développée. Atrophie sénile des reins avec kystes.

Pylore perméable. Etat mamelonné de la muqueuse de la portion pylorique. Canal cholédoque perméable. Vésicule biliaire normale. Atrophie sénile du foie.

La cavité de la vessie est petite; la muqueuse est fortement épaissie et hypérémiée. Forte hypertrophie de la musculature. Près de l'orifice interne de l'urètre les parois vésicales sont soulevées surtout à droite et en avant par une tumeur sous-jacente.

La prostate est agrandie. Ses dimensions sont les suivantes : longueur 0,055 m.; largeur 0,045 m.; diamètre sagittal 0,045 m. au niveau des bosselures, 0,035 m. ailleurs. (Ces dimensions ont été prises sur la pièce durcie à l'alcool. Il faut donc les augmenter pour avoir les dimensions réelles de l'organe.)

Celui-ci présente deux bosselures externes, une près de la vésicule séminale gauche; l'autre, plus petite, près de la droite. Le lobe gauche est particulièrement bosselé et hypertrophié, mais l'accroissement s'est fait excentriquement, vers le rectum qui est fixé en ce point à la glande par un tissu fibreux, sans trace de néoplasme. Aussi le canal de l'urètre présente-t-il les modifications qu'il subit dans l'hypertrophie totale de la prostate. Son diamètre antéro-postérieur est très allongé et le verumontanum est aplati. La muqueuse de la portion prostatique est un peu épaissie, mais normale à part cela.

Le lobe droit contribue avec le lobe moyen à soulever le trigone vésical et à former en arrière de celui-ci une dépression de la vessie en cul-de-sac.

A la coupe, le tissu de la prostate se montre transformé en un tissu rosé près du canal, plus blanc extérieurement, de consistance assez ferme dans la partie interne et dans la moyenne, tandis que la partie externe, surtout dans le lobe gauche, est plus molle et offre un aspect lobulaire avec des cavités dont la plus grande a 0,004 m. de diamètre qui semblent formées à la suite de dégénérescence et de ramollissement de la tumeur en ces points.

Les vésicules séminales sont atrophiées. La tumeur ne les a pas envahies. Les éjaculateurs sont perméables.

Le rectum est normal.

Pas de lésions des ganglions pelviens ni des inguinaux.

Les vertèbres sont normales.

Le bras gauche est très mobile. En avant et en arrière, dans la région scapulaire deux incisions. La tête de l'humérus a été réséquée. La cavité articulaire agrandie est couverte d'iodoforme.

Les deux tiers supérieurs et externes de l'omoplate sont transformés en une cavité de la grandeur d'une pomme, remplie d'un tissu mou et friable. Les parois en sont constituées par une lamelle osseuse mince. Le cartilage de la cavité glénoïde est intact. La tumeur occupe les points de l'omoplate les plus rapprochés de la surface articulaire dans les fosses sus-épineuse et sous-épineuse. Elle a envahi l'apophyse coracoïde et l'acromion sans dépasser en ces points les limites du périoste.

La tête de l'humérus a sa forme normale. Par contre, la partie compacte de l'épiphyse est notablement amincie et la cavité médullaire très agrandie est pleine d'un tissu mou, parsemé d'aiguilles osseuses. Il en est de même sous le cartilage articulaire de la tête humérale (ostéoporose sénile).

La capsule articulaire est normale.

Avant de passer à la description microscopiques des tumeurs, nous voulons dire deux mots des difficultés du diagnostic clinique.

L'état général satisfaisant du malade, la facilité avec laquelle il tolérait les interventions, l'indolence absolue du petit bassin,

l'absence d'hématuries, l'impossibilité de palper par le toucher rectal combiné les petites nodosités de la face externe de la prostate, tout cela explique bien qu'on n'ait pas pensé à un néoplasme malin de la prostate. Si quelque raison eût fait pencher pour ce diagnostic, c'est au carcinome que le clinicien aurait rapporté les altérations de la glande prostatique et non au sarcome, à cause de la rareté de ce néoplasme dans cet organe et de l'âge du malade, mais, nous le répétons, rien n'autorisait un tel diagnostic. Le carcinome étant admis, que fallait-il faire de la tumeur de l'omoplate ?

La nature de celle-ci a été reconnue au cours de l'opération, mais ici encore, le vrai diagnostic n'était guère possible. Qu'on relise l'observation : cette tuméfaction de l'épaule, ces douleurs, cette immobilité, cette atrophie du bras, le mouvement fébrile du soir ne sont-ils pas la caractéristique d'une arthrite de l'épaule? Et si l'on objecte l'âge du malade, il sera bien facile de répondre qu'il n'exclut pas plus l'hypothèse d'arthrite que celle de sarcome.

Le début de l'affection pouvait mettre sur la voie du diagnostic à cause de l'apparition brusque des symptômes, mais ce fait ne pouvait suffire à lui seul alors que tout le reste appelait un autre diagnostic et que celui-ci était compatible avec la soudaineté du début de l'affection.

Examen microscopique de la prostate

La structure de la tumeur est bien différente suivant les points examinés. Sous ce rapport, on peut diviser la prostate en trois zones, une externe, une moyenne et une interne, cette dernière la plus rapprochée du canal de l'urètre.

1° *Zone externe.* — (Les bosselures de la face externe des deux lobes ont la même structure.)

La tumeur est complètement enveloppée par une coque épaisse de tissu conjonctif qui la limite extérieurement. La prolifération néoplasique a soulevé cette coque au niveau des bosselures, mais à aucun endroit elle n'a rompu cette barrière d'une manière notable. On retrouve cependant dans le voisinage quelques traces de l'envahissement du néoplasme.

Cette enveloppe a une épaisseur variable suivant les endroits. Elle est plus large dans les parties plus dures et plus amincie dans celles qui tendent à se ramollir. Elle est composée d'une trame conjonctive scléreuse, lamellaire, qui se colore mal ou pas du tout par les divers réactifs colorants. On trouve dans la partie interne

de cette trame des noyaux allongés et bien colorés en assez grand nombre, tandis que la partie externe est beaucoup plus scléreuse. Ces noyaux fusiformes semblent appartenir à des fibres lisses : ils en ont la forme et les dimensions et dans maints endroits, on peut se convaincre qu'il en est ainsi, quoique en général, la compression produite par le développement du néoplasme ait tassé les éléments du tissu les uns contre les autres et en ait rendu les contours beaucoup moins nets. La présence de faisceaux musculaires coupés transversalement avec leur aspect caractéristique prouve encore mieux notre manière de voir.

Cependant, il existe par endroits, entre ces faisceaux, des espaces canaliculaires allongés, remplis des éléments du néoplasme, éléments que nous décrirons plus loin.

Cette coque fibreuse détache à sa face interne des cloisons qui limitent des loges dans lesquelles les cellules de la tumeur sont groupées. L'intersection de plusieurs de ces cloisons représente un espace triangulaire dans lequel cheminent les vaisseaux sanguins principaux. Ceux-ci présentent des modifications que nous allons noter.

a) *Artères*. La paroi de ces vaisseaux est beaucoup plus épaisse que normalement. Cet épaississement est dû à une prolifération du tissu conjonctif de la membrane interne dans la partie située immédiatement au-dessous du revêtement endothélial, entre ce revêtement et la membrane fenêtrée. Cette prolifération n'a pas la même intensité dans tout le pourtour du vaisseau : elle est plus abondante en certains points qu'en d'autres et elle rétrécit irrégulièrement le calibre de l'artère ; c'est de l'*endartérite oblitérante*.

b) *Veines*. Les veines ont une lumière très grande eu égard à l'épaisseur de leur paroi, Elles sont remplies de globules rouges et blancs (stase).

On voit, dans le tissu conjonctif qui les environne, des amas de petites cellules arrondies à grands noyaux qui se colorent très bien par les réactifs ordinaires. Ces cellules se retrouvent jusque dans la tunique externe des veines. Dans les points où la coupe est parallèle à l'axe de ces vaisseaux, on constate que ces éléments les accompagnent dans tout leur trajet. Ces cellules, entièrement semblables à celles des sarcomes, sont beaucoup plus petites que celles qui sont renfermées dans les alvéoles dont nous avons donné plus haut le mode de disposition.

La coupe rencontre, en maint endroit de la périphérie de la tumeur, les lacunes veineuses des plexus périprostatiques ; ces

lacunes sont dilatées par suite d'une forte stase et, dans quelques-unes, la coloration fait reconnaître au milieu des éléments figurés du sang des débris du néoplasme de la prostate.

Si nous passons maintenant à la description de l'intérieur des alvéoles, nous aurons à considérer trois éléments, la trame connective, la vascularisation et le contenu cellulaire.

α *Trame connective*. La structure en est partout la même, mais on s'en rend compte le mieux dans les parties qui ont tendance à se ramollir. En effet, dans ces points les éléments cellulaires ont disparu en majeure partie et ceux qui persistent se colorant moins bien, le tissu conjonctif paraît mieux sur un fond clair grâce à sa coloration plus intense.

Des dernières subdivisions de la coque fibreuse périlobulaire partent, dans l'intérieur des lobules, des travées de tissu conjonctif beaucoup moins épaisses et moins scléreuses que le tissu d'enveloppe. Elles limitent des lacunes secondaires allongées et ovalaires. Leur terminaison n'est pas nette : elles se perdent en s'amincissant, se confondent avec des trousseaux de fibres qui viennent des travées voisines, et constituent par leur enchevêtrement un lacis connectif qui supporte les cellules sans que celles-ci ne soient jamais renfermées dans des alvéoles nettement délimités.

Dans les parties plus vivaces, dans les points où les éléments cellulaires sont plus nombreux et se colorent mieux, cette disposition est plus difficile à saisir. A ne considérer que ces parties, on pourrait se méprendre sur la nature exacte de la tumeur. Ce n'est que par un examen attentif, en enlevant avec le pinceau les cellules, que l'on se rend compte de l'identité de structure de ces différents points. L'étude de la vascularisation, de son mode de disposition lève enfin tous les doutes que l'on pourrait avoir sur le diagnostic de la tumeur.

β *Vascularisation*. Les vaisseaux naissent des troncs qui cheminent dans les travées interlobaires. Ils suivent les faisceaux connectifs et les accompagnent dans les alvéoles où ils se résolvent en capillaires à parois très minces et à très grand calibre. Ces capillaires sont entièrement isolés au milieu des éléments de la tumeur ; on les reconnaît à la ligne fine de leur paroi et aux globules sanguins qu'ils contiennent. Ils ne sont jamais accompagnés d'un substratum externe de tissu conjonctif.

Les artères sont représentées dans les alvéoles par de petites ramifications fort peu nombreuses si on les compare aux veines.

On ne trouve des rameaux plus importants qu'à la périphérie des lobules.

La coupe transversale des veines est très caractéristique. Réduites à une paroi très mince, paroi renforcée en dehors par le tassement des éléments du néoplasme, pourvues d'une lumière très grande dans laquelle les éléments figurés du sang sont accumulés, elles se retrouvent partout, même dans les alvéoles qui semblent au premier abord ne contenir que des éléments de la tumeur.

γ *Contenu alvéolaire*. Toutes les lacunes ou plutôt les mailles du réseau formé par le tissu conjonctif contiennent des cellules polyédriques à noyau nettement accusé, se colorant facilement et à protoplasme granuleux assez abondant. Elles ressemblent aux cellules fixes du tissu conjonctif. Leur noyau a les mêmes dimensions que celui des cellules que nous avons décrites précédemment autour des veines dans les espaces interalvéolaires, mais dans ces dernières, le protoplasma est bien moins abondant. On retrouve des formes de transition entre ces deux termes extrêmes. Ces formes prouvent l'identité des deux espèces de cellules. La différence provient de l'âge de ces éléments, les cellules plus petites étant les plus jeunes, comme le prouvent leur volume et leurs réactions beaucoup plus intenses avec les réactifs colorants.

Il est difficile, dans les points où les cellules sont accumulées, de démontrer la présence de substance intercellulaire. Celle-ci est beaucoup plus facile à constater dans les points où, par suite des modifications régressives de la tumeur, les cellules commencent à disparaître ou ont déjà disparu. Ces parties correspondent aux points ramollis de la tumeur, spécialement aux bosselures de sa surface externe. En ces endroits, la structure alvéolaire est la même, mais il s'est creusé des cavités à limites irrégulières, peu nettes, anfractueuses, constituées par les fibres connectives effiloquées; ces cavités sont remplies de détritus cellulaires plus ou moins altérés. C'est la dégénérescence graisseuse qui prédomine en ces points. Dans d'autres, la régression est moins avancée, les cavités sont remplies de cellules, mais celles-ci ont un aspect particulier : le noyau en est très nettement apparent, il se colore bien, pendant que le protoplasma est plus développé que dans les éléments normaux. De plus, il est absolument transparent, sans trace de granulations; nous avons ici de la dégénérescence hyaline.

2° *Zone moyenne*. — La zone moyenne de la prostate, comme

nous l'avons déjà vu dans la description macroscopique, a la consistance la plus dure. Ceci est dû à la structure microscopique spéciale de cette partie. Tandis que dans la zone externe les cellules prédominent et forment les grands amas pseudoalvéolaires décrits plus haut, ici, c'est le substratum conjonctif qui est le plus développé. Ce substratum épais, dense, sans structure apparente, presque sans aucune trace de noyaux, très réfringent au microscope et rebelle à toute coloration, a subi la dégénérescence hyaline. Il est sillonné de canalicules plus ou moins larges dans lesquels les cellules de la tumeur sont entassées. Ces cellules sont pour la plupart entièrement semblables à celles de la zone externe, mais dans quelques points la forme s'en est modifiée par suite de la compression réciproque, et quelques-unes montrent des prolongements qui les font ressembler aux cellules du tissu myxomateux.

Dans leur ensemble, ces canalicules ne montrent rien qui puisse les rapprocher des formations analogues des carcinomes : il n'y a ici ni anastomoses vraies, ni revêtement endothélial, ni infiltration cellulaire dans le tissu périalvéolaire. De plus, on ne constate pas dans cette zone une dégénérescence bien accusée des cellules du néoplasme.

Quant à la vascularisation elle est représentée plus faiblement dans cette partie de la tumeur que dans la région externe, mais elle garde les mêmes caractères et se comporte toujours de la même manière, soit au point de vue de la structure des vaisseaux, soit à celui de leur mode de distribution.

3° *Zone interne.* — La nature exacte de la tumeur apparaît ici nettement. Le tissu conjonctif lâche périglandulaire a laissé à la tumeur toute liberté et celle-ci a pu se développer avec son apparence habituelle. Ce sont des amas de cellules arrondies ou polyédriques à gros noyau et à protoplasma peu abondant, parmi lesquelles toutes les formes intermédiaires entre les cellules des grands alvéoles et des petits éléments périvasculaires se retrouvent. Ces amas sont sillonnés par un réseau capillaire abondant, à parois très minces et à grande lumière dont partent des veines de grand calibre comme on les constate dans le sarcome. Dans cette zone, plus de réseau anastomosé, plus d'alvéoles, plus de différences entre contenant et contenu : tout est envahi de la même manière et les cellules sont entourées d'une faible quantité de substance intercellulaire granuleuse ou finement fibrillaire.

Les seules parties de la prostate encore reconnaissables sont

la muqueuse et les glandes. Celles-ci ont subi des modifications de deux ordres : les unes sont les suites de l'altération sénile et les autres sont dues à la compression de la tumeur.

Les premières se traduisent par la dilatation des culs-de-sac glandulaires. Ceux-ci sont remplis de cellules déformées et dégénérées au milieu desquelles on voit de gros corpuscules amylacés qui réagissent vivement vis-à-vis des substances colorantes. Notons ici que c'est le seul endroit de l'organe où ces formations apparaissent; dans la tumeur elles n'existent à aucun point, le seul élément qui puisse en être rapproché est constitué par des masses hyalines, amorphes, sans noyau central ni aucune structure en couches concentriques.

La compression de la tumeur a aplati les glandes à plusieurs endroits de telle sorte que leur lumière est très réduite et a même disparu.

Partout dégénérescence très accusée des cellules; celles-ci se colorent mal, présentent des formes irrégulières et des noyaux peu apparents. On ne constate nulle part la présence de boyaux cellulaires ou de bourgeons partant des glandes et remplis de cellules jeunes qui se ramifieraient dans les tissus voisins. Glandes et tumeur sont totalement indépendantes, sauf leurs rapports de voisinage et les modifications régressives que les glandes ont éprouvées par suite de la compression et des troubles vasculaires qui en sont la suite.

En résumé, l'examen microscopique montre que nous avons ici un sarcome de la prostate dont quelques parties ont un aspect particulier causé d'une part par la structure de l'organe et de l'autre par les dégénérescences du néoplasme.

Toutes les parties de la prostate sont également envahies par le sarcome, même la partie antérieure. Celle-ci, le plus souvent du moins, ne présente aucune glande (1) et c'est le cas dans celle que nous venons de décrire. La tumeur n'a donc pas pu y prendre son point de départ.

Il semble, à première vue, que le néoplasme n'existe pas autour de l'enveloppe fibreuse externe de la prostate. Cependant, on voit en quelques endroits une prolifération cellulaire abondante qui semble être due au sarcome. En réalité, on ne peut à ces seuls endroits reconnaître la nature exacte de la tumeur, quelques-uns de ses éléments importants, la vascularisation, par exemple, y

(1) Luschka et Socin. Jarjavay prétend même qu'on n'y en trouve jamais.

étant peu développés. Ces amas cellulaires se trouvent surtout dans le voisinage des plexus veineux périprostatiques.

Au-dessus des tuméfactions produites par la tumeur en soulevant les parois de la vessie, la muqueuse de celle-ci est indemne. L'infiltration cellulaire a gagné les couches externes de la musculature fortement hypertrophiée. La muqueuse est épaissie, hypertrophiée, mais sans traces de sarcome Ce sont des fongosités sans ulcérations. Jolly et Wyss ont noté le même fait.

A ne considérer que l'aspect des coupes des régions externe et surtout moyenne, on comprendra qu'une erreur est très facile à commettre et que la distinction entre sarcome et carcinome donne lieu à des difficultés. En effet, ces masses cellulaires d'aspect épithélioïde incluses dans les alvéoles, ces boyaux remplis de cellules plus grandes que celles du tissu conjonctif avoisinant, surtout de celles qui accompagnent le réseau veineux périlobulaire, les anastomoses de ces traînées les unes avec les autres, peuvent, au premier abord, en imposer pour du carcinome. Tant que notre examen a été limité à ces régions, notre doute a été bien grand. Une observation plus attentive a montré la fausseté de notre première impression. Les cellules, il est vrai, sont groupées dans des alvéoles, mais ces alvéoles n'ont aucun des caractères des alvéoles carcinomateux, il leur manque particulièrement le revêtement endothélial de la paroi. De plus, les cellules ne présentent aucune trace de dégénérescence. Leur noyau se colore bien, leur protoplasma ne contient pas de granulations de graisse ou d'autres produits de nécrobiose. Un autre caractère du carcinome fait défaut, c'est l'infiltration cellulaire du tissu conjonctif périalvéolaire; celui-ci présente les caractères d'un tissu cicatriciel en dégénérescence hyaline et n'a nullement l'apparence d'un tissu connectif en prolifération cellulaire.

Enfin, l'existence de *lacunes vasculaires-intraalvéolaires* lève tous les doutes — le tissu épithélial n'est jamais vascularisé — et confirme le diagnostic par l'aspect typique des vaisseaux du sarcome, vaisseaux à lumière très dilatée et à parois très minces eu égard à leur calibre, parois formées presque exclusivement, sauf le revêtement interne, par les éléments du néoplasme.

En certains points, les cellules sont en voie de dégénérescence, elles se colorent mal, leur protoplasma est très transparent et leur noyau est altéré. Mais ces points sont précisément ceux dans lesquels la tumeur est en voie de ramollissement, ce sont les bosselures périphériques et ici ce ne sont pas seulement les éléments

intraalvéolaires qui sont modifiés, tout le néoplasme participe à la régression, aussi bien le tissu connectif périalvéolaire que les cellules qu'il enserre dans les mailles de son réseau. Il n'y a là rien de commun avec ce qui s'observe dans un carcinome vrai.

Si l'examen porte sur la zone interne périurétrale, le doute n'est plus possible. La structure du sarcome est typique et ne peut donner lieu à aucune hésitation de diagnostic. La persistance des glandes avec modifications régressives dues aux troubles circulatoires et aux altérations séniles, l'absence de bourgeons partant de ces organes pour rejoindre les formations alvéolaires de la profondeur, tout prouve que la tumeur de la prostate est bien un sarcome et non un carcinome.

La structure de la prostate rend facile l'interprétation de cette structure alvéolaire. Cet organe est formé de glandes et de tissu fibreux et musculaire. Les culs-de-sac glandulaires pénètrent dans la musculature, mais celle-ci est moins abondante dans ces points, le tissu est plus lâche, ce qui permet un développement facile d'un sarcome avec ses allures ordinaires. Il en est tout autrement à la périphérie de la glande, où le tissu fibreux et la musculature sont seuls représentés. Ces tissus forment des lames concentriques qui s'emboîtent les unes dans les autres, ne laissant de libres que les espaces interfasciculaires. La tumeur devra suivre cette voie pour son développement et de là naîtront ces cordons ramifiés qui ressemblent au premier coup-d'œil à un carcinome, surtout quand les cellules sont fortement pressées les unes contre les autres et que l'on ne peut distinguer la substance intercellulaire bien faiblement développée en ces points.

Si nous ajoutons que, chez notre malade âgé de 73 ans, la prostate avait subi les modifications qu'elle prend le plus souvent à cet âge — preuve en soient l'épaisseur de la coque périglandulaire et l'aspect cicatriciel hyalin du tissu fibreux et de la musculature — il sera d'autant plus facile de comprendre à quoi est dû cet aspect réticulé dans certains points de la tumeur, ceux précisément où le tissu préexistant a opposé les barrières les plus fortes à l'envahissement du néoplasme.

De ces faits nous pouvons tirer deux conclusions : la première relative à la structure du sarcome, et la seconde concernant la difficulté de l'examen microscopique.

I. La structure alvéolaire n'est pas le propre d'une certaine catégorie de tumeurs (carcinome, endothéliome, mélanosarcome).

Elle peut se retrouver dans d'autres genres, dans certaines conditions spéciales.

Dans toutes les tumeurs, le caractère alvéolaire est dû au tissu préexistant dans lequel elles se développent. Jamais il n'appartient en propre à un néoplasme.

II. L'examen microscopique doit porter sur un grand nombre de points d'une tumeur pour en reconnaître la vraie nature. Notre cas en fournit un bel exemple et il est possible que quelques cas anciens, décrits comme carcinomes, méritent d'être rangés parmi les sarcomes : c'est ce que l'absence de description microscopique ne permet pas de dire.

Nous ne voulons cependant pas admettre comme exacte l'opinion de Formad, pour lequel le sarcome serait la tumeur la plus fréquente de la prostate à cause de l'origine mésodermique de cet organe.

Quant à expliquer par le développement rudimentaire de la prostate la fréquence plus grande du sarcome chez l'enfant, ceci reste à prouver, car il ne faut pas oublier que le carcinome n'est généralement pas une tumeur du jeune âge. De plus, il ne suffit pas de la présence du tissu épithélial dans un organe pour y faire apparaître un carcinome. Il faut encore cette rupture d'équilibre histogénétique entre l'épithélium et le tissu conjonctif sur laquelle Thiersch, le premier, a attiré l'attention

Obs. II. Langhans (cité par Socin). — Tumeur de la prostate, de la dimension d'une tête d'enfant, chez un enfant âgé de huit mois. Cette tumeur s'est développée entre la vessie et le rectum. Elle occupe toute la cavité du bassin, mais surtout son côté gauche, recourbant fortement à droite l'urètre près de son origine. A 1 ½ cm plus bas, ce canal revient à gauche par une inflexion qui est presqre à angle droit pour reprendre sa place normale sous le pubis. Il n'y a pas de renseignements cliniques.

La tumeur envahit toute la prostate, y compris sa partie antérieure. A la coupe, elle offre un aspect gélatineux et contient quelques cavités kystiques à parois irrégulières et à contenu fortement coloré par le sang. La consistance en est molle, la structure, dans les parties supérieures, peu nettement lobulée ; dans les parties inférieures, elle est divisée par de gros trousseaux de fibres qui se dirigent de bas en haut. La paroi postérieure de la vessie, jusqu'au dessus de l'orifice des uretères, est soulevée irrégulièrement. La cavité vésicale est fortement dilatée.

La structure de la tumeur est partout la même, abstraction faite des kystes sus-mentionnés. Le tissu se compose de cellules rondes et de cellules polyédriques, tassées les unes contre les autres, de grandeur à peu près égale ; elles rappellent des globules sanguins décolorés fortement

pressés ; cependant elles sont une fois et demie plus grandes. Leurs noyaux sont grands et leur protoplasma peu développé.

Dans le plus grand nombre de points, il n'y a pas de substance intercellulaire; les cellules sont juxtaposées aux cellules et, quand on les enlève au pinceau, il ne reste plus que le réseau fortement développé des vaisseaux capillaires.

En d'autres points, on trouve entre les cellules une masse finement granuleuse ou fibrillaire en petite quantité : c'est le cas surtout autour des vaisseaux. Dans ce réseau intercellulaire, les cellules sont entièrement semblables à celles qui sont décrites plus haut : il n'y a pas de structure alvéolaire ni de distinction entre un substratum et des amas de cellules. C'est donc un sarcome.

Il est intéressant de rapprocher les descriptions microscopiques des tumeurs dans les deux cas. Tout ce qui a trait aux éléments caractéristiques du sarcome s'y ressemble d'une manière frappante. Il n'y a rien dans le cas de Langhans qui ne se retrouve dans le nôtre. Chez nous, par contre, nous notons en plus quelques dispositions spéciales, structure pseudo-alvéolaire ou tubulaire qui en impose à un examen superficiel et risque de faire méconnaître la vraie nature de la tumeur.

Les deux tumeurs sont des sarcomes entièrement semblables. Quant à leurs dissemblances, nous croyons pouvoir les rapporter à l'âge des deux malades. L'un est un enfant de 8 mois, l'autre un vieillard de 73 ans. Il est à peine besoin d'insister sur la structure différente de ces deux prostates. La première, molle et peu développée, laisse le champ libre au développement du sarcome; la seconde, hypertrophiée et scléreuse, se laisse envahir lentement. Ses faisceaux fibreux opposent une forte barrière à l'accroissement de la tumeur ; ils ne lui permettent de se développer que dans une certaine direction, celle de la moindre résistance suivant la loi générale de l'accroissement des tumeurs. Les faisceaux seront plus ou moins écartés les uns des autres, il se produira ainsi cette structure alvéolaire et radiée que nous ne retrouvons pas chez l'enfant. Mais, dans les points où les progrès de l'âge n'ont pas fait sentir autant leurs effets, le sarcome pourra se développer librement et il n'y aura plus de différence entre le sarcome de l'enfant et celui du vieillard.

Obs. III (Socin). — Un homme de 51 ans est envoyé à l'hôpital de Bâle avec le diagnostic de calcul vésical. Depuis un an il souffre souvent de dysurie. Il y a six semaines, il a été atteint, probablement à la suite de grandes fatigues, de rétention complète qui nécessite l'emploi de la sonde. Dans les derniers temps, le cathétérisme doit se faire plusieurs

fois par jour, jusqu'à toutes les trois heures. Il est difficile et s'accompagne de fortes hémorrhagies, ce qui engage à essayer la sonde à demeure.

A son arrivée à l'hôpital, on constate un catarrhe vésical putride avec fièvre continue. L'examen de la vessie y fait reconnaître une tumeur immobile, grosse comme un œuf de poule, d'une résistance surprenante. Elle siège à l'entrée de la vessie.

Le malade meurt de fièvre septique au bout de dix jours.

Autopsie : Inflammation diphtérique de la vessie, des uretères et des bassinets. La vessie est hypertrophiée et dilatée, de même que les uretères et les bassinets.

Une tumeur ovale, plus grosse qu'un œuf de poule et pédiculée, s'élève dans la vessie. Elle est implantée un peu à gauche de l'orifice interne de l'urètre. La base du néoplasme est dure comme la pierre ; on ne peut la séparer qu'avec la scie. Le reste est mou et ulcéré. A la coupe, les parties calcifiées alternent avec des faisceaux connectifs, comme tendineux. Les parties molles sont très vascularisées ; le tissu en est grisâtre et gélatineux.

Un examen attentif montre que le pédicule de la tumeur, relativement mince, adhère au lobe moyen de la prostate et à la musculeuse du trigone. Il est traversé sur la ligne médiane par une fausse route qui permet à un cathéter de pénétrer derrière la tumeur dans la vessie. La paroi antérieure de cette fausse route est formée en partie par les points calcifiés de la tumeur contre lesquels l'instrument frotte avec un bruit appréciable, ce qui explique l'erreur du premier diagnostic. Les autres parties de la prostate offrent un degré moyen d'hypertrophie glandulaire ; elles ne prennent aucune part à la néoformation.

Examen microscopique : Sarcome à cellules rondes très fortement vascularisé, en partie calcifié. Les cellules sont relativement grandes. Métastases dans quelques ganglions du mésentère. Ganglions inguinaux normaux.

Obs. IV (Langstaff). — *Mélanose et fongus hématode de la prostate.*

Ici le résultat des recherches est seul donné. Il n'est donc pas possible de savoir exactement à quel genre de tumeur l'on a affaire. Est-ce un mélanosarcome ou cette mélanose est-elle due au pigment sanguin (fungus hématode) ? Il est fort difficile de le dire, surtout si l'on se rapporte à l'époque où le cas a été décrit (1817).

Jolly rappelle Thomson, parlant d'anciens foyers hémorrhagiques et ajoute : « C'est ce que confirme Stafford lui-même quand il dit (à propos d'un cas analogue) qu'une partie de la surface de coupe de la tumeur avait très nettement une couleur qui rappelait à l'esprit celle de la mélanose mêlée à de la matière encéphaloïde. » Cette confirmation ne nous paraît pas absolue et il serait très possible qu'il s'agit d'un mélanosarcome, car ces tumeurs sont incolores au début et le pigment y apparaît plus tard et l'aspect décrit par Stafford peut très bien s'y retrouver.

Obs. V (Isambert). — Enfant de 8 ans ½, apporté le 11 janvier 1853 à l'Hôpital des Enfants pour une rétention d'urine.

Six mois auparavant, il avait présenté déjà une rétention. La cathétérisme semble avoir été difficile dès cette époque, car il donnait souvent lieu à l'écoulement de quelques gouttes de sang. On laisse une sonde à demeure et, six semaines après, l'enfant sembla guéri.

Il fut repris de dysurie le 13 décembre 1853. On plaça de nouveau une sonde à demeure et l'état s'améliora.

A son entrée à l'hôpital, on voit et on sent à l'hypogastre une tumeur volumineuse, arrondie, qui remonte à un ou deux centimètres au-dessus de l'ombilic et qui est complètement mate à la percussion. Une petite sonde en argent est introduite sans effort, mais elle paraît s'engager dans une fausse route et amène quelques gouttes de sang. Une sonde élastique sans mandrin pénètre facilement, mais doit être introduite toute entière (25 centimètres environ) pour arriver dans la cavité vésicale. La vessie ne se vide que par pression sur l'abdomen. Cette pression est douloureuse.

Le 18 juin, on a fait de nouvelles tentatives inutiles avec la sonde d'argent et de nouveau l'écoulement de sang reparaît. On introduit alors la sonde en gomme élastique que l'on fixe à demeure, mais elle cause des douleurs si violentes que le malade l'enlève. Elle pénètre d'ailleurs assez facilement, mais elle éprouve un mouvement de torsion avant d'entrer dans la vessie. Quand celle-ci est vidée, on peut percevoir à l'hypogastre une tumeur dure, grosse comme le poing.

L'enfant meurt le 19 juin dans le coma.

Autopsie : La vessie est soulevée jusqu'à l'ombilic par une tumeur qui occupe presque toute l'excavation du petit bassin, remonte à 2 centimètres au-dessus du pubis et embrasse le col et le bas-fond de la vessie. Cette tumeur a 21 centimètres de longueur, 9 de largeur à sa partie supérieure près du col de la vessie, 6 centimètres à sa partie inférieure. Sa plus grande circonférence est de 12 centimètres.

La prostate a complètement disparu dans la tumeur, qui offre à sa partie postérieure et inférieure une rainure pour le canal de l'urètre qui est en rapport immédiat avec le rectum. On constate des traces de fausses routes.

Le bas-fond de la vessie est rempli par des paquets de végétations analogues à des polypes muqueux. Ces végétations sont constituées par un tissu lardacé, mou et d'apparence cérébriforme. Quant à la tumeur principale, on y trouve, en pratiquant une coupe longitudinale, un tissu blanc, lardacé, contenant des noyaux arrondis, assez volumineux, dont les uns sont durs, résistants, fibreux, les autres plus mous, d'apparence encéphaloïde.

Autour de la tumeur, on trouve dans le petit bassin plusieurs petites masses de même nature qui n'adhèrent à la tumeur principale que par du tissu cellulo-fibreux.

Les uretères sont distendus par l'urine.

L'examen de ces tumeurs a été fait par MM. Broca et Robin, qui n'ont trouvé nulle part l'élément cancéreux, mais seulement du tissu fibroplastique et en quelques points un tissu mal déterminé, assez analogue à des fibres musculaires dégénérées, sans qu'il soit possible d'y trouver cet élément, non plus que la substance propre de la glande.

D'après la terminologie de l'école française, il s'agit probablement dans ce cas d'un fibrosarcome. C'est du reste l'interprétation admise par Engelbach. N'ayant pas eu l'occasion d'examiner lui-même des sarcomes de la prostate, il s'en rapporte à ce cas pour sa description. *(A suivre).*

(Revue médicale de la Suisse romande, sept. et oct. 1896).

RECHERCHES SUR LES MODIFICATIONS DE LA NUTRITION CHEZ LES CANCÉREUX

(Toxicité urinaire)

par MM. **Simon DUPLAY et SAVOIRE**

« Au cours de nos recherches sur la nutrition des cancéreux, nous avons été amenés à étudier la question si intéressante de la *toxicité urinaire et des toxines sécrétées par les cancéreux.*

» Dans une Communication à l'Académie des Sciences, le 11 juin 1894, M. Griffiths annonçait qu'il avait retiré des urines d'une malade atteinte de cancer utérin une ptomaïne blanche, cristallisée en aiguilles microscopiques, solubles dans l'eau, à réaction alcaline, etc., répondant à la formule $C^8\ H^5\ Az\ O^3$, et il proposait de donner à cette substance, qu'il considérait comme caractéristique des urines cancéreuses, le nom de *cancérine.*

» Mais le cas choisi par M. Griffifhs ne nous paraît pas à l'abri de toute critique, car il s'agissait d'un cancer inévitablement exposé, par son siège, aux infections microbiennes secondaires, susceptibles de déterminer, à elles seules, la production de toxines dont la résorption serait suivie d'une élimination par le rein.

» Ces toxines pourraient ainsi donner lieu à des constatations analogues à celles que M. Griffiths a cru devoir attribuer uniquement au cancer.

» Dans les expériences que nous poursuivons déjà depuis près de deux ans sur la toxicité de l'urine des cancéreux, qui n'a, en réalité, jamais été démontrée d'une façon indiscutable, nous nous sommes attachés précisément à choisir, autant que possible, des cas dans lesquels aucune infection microbienne secondaire n'était à redouter et où, par conséquent, la cause d'erreur signalée plus haut n'existe pas.

» C'est ainsi que les néoplasmes du sein, du testicule, de la parotide, de la peau même (*avant toute ulcération*) pouvant être considérés comme aseptiques au point de vue des complications microbiennes secondaires, c'est à des cas de ce genre que nous avons cru devoir nous attacher plus spécialement.

» Nous avons fait des recherches dans douze cas de cancers épithéliaux à l'abri de toute infection extérieure par leur siège anatomique et nous n'avons trouvé aucune substance toxique caractéristique dans l'urine.

» Nous pouvons même ajouter que, dans trois autres cas susceptibles d'être considérés comme compliqués d'infections microbiennes secondaires, comme le cas de M. Griffiths (*deux cas de cancer utérin et un cancer ulcéré de la langue*), nous n'avons pas été plus heureux, en suivant exactement la technique indiquée par M. Griffiths.

» Il nous semble donc résulter de ces recherches que, contrairement à l'opinion qui tend à se généraliser un peu trop hâtivement, *la toxicité des urines des malades atteints de cancer proprement dit, c'est-à-dire de cancers épithéliaux, est aussi peu démontrée que la présence, dans ces urines, d'une toxine spéciale.*

» Dans un cas unique de sarcome, il nous a été possible d'obtenir des résultats positifs que nous allons exposer.

» Il s'agissait d'un sarcome mélanique diffus de la région lombosacrée, chez une femme de 28 ans qui a séjourné dans la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, dans le courant de juin 1896.

» Aucune des tumeurs multiples qui constituaient la lésion ne s'était encore ulcérée, ce qui la plaçait dans les conditions désirables. Ajoutons que la malade était inopérable, mais que le diagnostic clinique a été confirmé par l'examen histologique d'un fragment enlevé au bistouri sur l'une des tumeurs.

» Dans nos expériences sur la toxicité urinaire chez cette malade, nous avions pu provoquer des phénomènes convulsifs différents de ceux que produit l'urine normale.

» Nous nous sommes donc demandés si ces phénomènes étaient dus à la matière colorante ou à une toxine particulière, et, pour résoudre cette

question, nous avons entrepris les deux séries de recherches suivantes :

» 1° 500cc d'urine ont été additionnés de 50cc de sous-acétate de plomb liquide et le mélange, jeté sur le filtre, nous a donné un liquide filtré incolore et un précipité blanc noircissant à l'air.

» Ce précipité, délayé dans l'alcool amylique, donne après filtration une liqueur incolore, mais brunissant à l'air, et l'évaporation de cette solution nous a fourni des lamelles blanches d'une substance noircissant à l'air également, et qui nous a paru être la matière colorante caractéristique de l'urine mélanique.

» Cette matière colorante est insoluble dans l'eau. Injectée en suspension dans ce véhicule sous la peau d'un lapin, elle n'a produit aucun phénomène apparent. Les phénomènes convulsifs ne sauraient donc lui être attribués.

» 2° Nous avons ensuite pris 2500cc d'urine, représentant la quantité émise en trois jours. Cette urine, préalablement neutralisée avec du carbonate de soude, a été évaporée à la température de 40° environ et amenée en consistance sirupeuse. L'évaporation en consistance d'extrait sec a été obtenue dans le vide en présence de l'acide sulfurique. L'extrait sec ainsi obtenu a été repris par 100cc d'éther et la solution filtrée.

» L'évaporation à l'air à la température ordinaire de ce soluté éthéré nous a fourni un résidu d'apparence huileuse, pesant 0gr95.

» Nous avons repris ce résidu par 100cc de solution d'acide tartrique à $\frac{1}{40}$ et la solution filtrée à laissé un faible résidu sur le filtre et elle était manifestement acide.

» Cette solution a été neutralisée par le carbonate de soude, puis traitée par 50cc d'éther. Après vingt-quatre heures de contact, pendant lesquelles nous avons agité fréquemment le mélange, nous avons décanté la solution éthérée et nous l'avons évaporée à l'air.

» Le résidu de l'évaporation pesait 0gr52 et se composait de deux parties bien distinctes :

» 1° La plus abondante ($\frac{2}{3}$ environ) se présentait sous la forme d'un liquide huileux de couleur vert foncé, presque noir, légèrement fluorescent. Dissoute dans l'eau acidulée, elle a donné un précipité jaune sale avec l'extrait de Saturne.

» Nous avons injecté cette solution à un lapin qui a présenté des phénomènes de paralysie du train postérieur, une accélération très sensible de la respiration ; ces phénomènes ont persisté trois jours, puis ont fini par disparaître.

» 2° La deuxième partie était cristallisée en fines aiguilles blanches et nous avons pu en recueillir 0gr15 environ.

» Ces aiguilles sont insolubles dans l'eau, mais solubles dans les acides sulfurique et tartrique étendus, et les solutions acides nous ont donné avec :

Le bichlorure de mercure	Un précipité blanc
L'acide phosphotungstique	»
L'acide phosphomolybdique	Un précipité gris noir
L'iodure double double de mercure et potassium.	Un précipité jaune

» La petite quantité de substance que nous avons obtenue ne nous a pas permis d'en établir la composition centésimale ni d'en déterminer la formule, mais ses propriétés nous permettent de la considérer comme un alcaloïde pathologique différent de celui que Griffiths avait signalé dans l'urine des cancéreux.

» Nous avons expérimenté cet alcaloïde sur une souris à laquelle nous avons injecté $\frac{1}{10}$ de milligramme environ (une partie de la solution ayant été perdue) : elle a présenté des convulsions violentes et a succombé dix minutes après l'injection.

» 1cc injecté dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin de 1500 gr. a amené la mort après douze minutes de convulsions violentes.

» Nous concluons donc de ces recherches à la présence, dans les urines de cette malade :

» 1° D'un produit complexe, mélange d'alcaloïdes, analogue à celui trouvé par M. Pouchet et Mme Eliacbeff dans l'urine normale ;

» 2° D'une ptomaïne caractéristique de cette urine et qui lui donne des propriétés convulsivantes. »

(*Académie des Sciences*, 7 décembre 1896.)

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Lejars. — *Ostéosarcome de la tête humérale. Résection de 10 centimètres de l'humérus. Guérison depuis cinq ans.* (Bulletin méd., 4 nov. 1896, 1062).

Homme de 25 ans, atteint d'un volumineux sarcome de la tête humérale datant de six mois. La tumeur, très saillante en dehors, s'étendait en avant jusqu'au tiers externe de la clavicule et descendait jusqu'à l'insertion du deltoïde. Pas de ganglion dans l'aisselle. Etat général satisfaisant.

Une longue incision antérieure a mis à nu le néoplasme qui est blanchâtre, bosselé, d'une consistance assez molle, enveloppait la tête et le col de l'humérus et se prolongeait à une petite distance dans l'épaisseur des muscles sus et sous-épineux. La cavité glénoïde était intacte. L'extrémité supérieure de l'humérus fut réséquée dans une longueur de 10 centimètres, la portion dégénérée des sus et sous-épineux incisée très loin et les parois de la cavité rapprochées et réunies. Guérison sans incident. Pas de récidive depuis cinq ans. L'opéré travaille et supplée facilement aux quelques mouvements qui lui manquent.

Herbert et **Allingham**. — *Tumeur maligne du maxillaire supérieur. Ablation précédée de trachéotomie et de ligature de la carotide externe.* (Médecine mod., 27 septembre 1896, 560).

Femme de 45 ans, portant une grosse tumeur du maxillaire supérieur se prolongeant dans les cavités nasales et tombant dans la bouche. On pratique d'abord la trachéotomie puis la ligature de la carotide externe et l'anesthésique est donné par la canule trachéale. Ablation de la tumeur sans perte de sang notable.

Guibal et **Danel**. — *Carcinome métastatique du fémur. Double fracture spontanée.* (J. Sc. méd, Lille, 17 oct, 1896, 379).

Femme de 47 ans ; à la suite d'un faux pas, douleurs dans la cuisse, le genou et la jambe du côté gauche. Deux mois plus tard se produit une première fracture spontanée de la cuisse qui se consolide, mais au bout de quatre mois nouvelle fracture sans chute. On note que celle-ci a eu lieu au niveau d'une portion du fémur malade. La cuisse est déformée et l'on constate les signes d'un ostéo-sarcome, remontant presque jusqu'à l'aîne. La désarticulation est pratiquée. L'examen histologique a montré que le point de départ de la tumeur avait été le canal médullaire et qu'il s'agissait d'un cancer secondaire de la moelle osseuse. La malade portait, en effet, un squirrhe ancien du sein, passé inaperçu.

Parisot. — *Sarcome du maxillaire supérieur ; ablation ; guérison.* (J. Sc. méd. Lille, 5 septembre 1896, 228).

Homme de 55 ans. Coup violent sur la saillie de la pommette gauche. Un mois plus tard apparaît en ce point une grosseur dure qui augmente graduellement et atteint 6 cent. dans ses diamètres. Peau lisse, tendue, rouge, mobile. Un peu d'épiphora et de conjonctivite. Obstruction presque complète de la narine. Pas de saillie de la tumeur dans la bouche. Dents déchaussées et mobiles. Pas de douleurs ; pas d'engorgement ganglionnaire. Résection du maxillaire. Réunion per primam, sauf à l'angle oculo-nasal, où une autoplastie est nécessaire.

Robinson. — *Traitement d'un cancer ulcéré du maxillaire supérieur par l'extrait de chélidoine.* (Soc. de thérap. Paris, 28 oct. 1896).

Chez une femme âgée de cinquante-cinq ans, atteinte d'un cancer ulcéré du maxillaire supérieur, Robinson a obtenu par des badigeonnages et des injections d'extrait de chélidoine faits au niveau et autour de la tumeur, ainsi que par l'emploi à l'intérieur de 3 grammes de cet extrait, une fonte rapide de la tumeur et une sédation notable des phénomènes douloureux. Une réaction fébrile intense a toujours succédé à l'usage du médicament. Cette réaction se manifestait de trois à sept heures après l'emploi de l'extrait de chélidoine.

Kirchner. — *Sarcome de l'apophyse mastoïde.* (Rev. int. d. rhin., 1896, 309).

Homme de 40 ans, porteur d'un sarcome du temporal, ayant des accidents, depuis plusieurs années, d'otite moyenne purulente. En peu de temps le néoplasme prit une telle extension qu'il ramollit tout le temporal en le pénétrant en son entier. Il débuta dans les cellules mastoïdiennes pour de là s'étendre vers la caisse et l'intérieur. A l'ouverture de la mastoïde on trouva, sous la lame osseuse, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, qu'on pouvait suivre avec la sonde jusqu'à 5 centimètres de profondeur. Toute l'écaille étant mobile, on ne crut pas nécessaire d'enlever cette masse, ce qui, du reste, étant donnée l'extension de la tumeur, n'eut déterminé aucun résultat favorable. L'examen microscopique révéla la présence de cellules fusiformes entourant de grandes cellules de la moelle osseuse, aussi avait-on une image ressemblant au cholestéatome. Il existait, en outre, par places, de la dégénérescence muqueuse.

Ferreri a déjà décrit deux cas d'épithéliome primitif du temporal, il insiste sur les avantages de la ponction capillaire pour arriver à établir le diagnostic.

Gradenigo a observé, dans le courant de cette année, un cas de sarcome mastoïdien provenant du périoste de l'apophyse, l'oreille moyenne demeurant intacte. Au cours de l'opération, il fallut extraire de nombreux ganglions infiltrés. Il donne actuellement des soins à une jeune femme atteinte d'un épithéliome de l'oreille moyenne survenu à la suite d'une otorrhée ancienne.

Brieger, Gellé, Moure ont observé deux cas de sarcome primitif de l'oreille moyenne dans lesquels l'adénite et la paralysie faciale ne survinrent que beaucoup plus tard ; le symptôme précoce et prédominant fut la douleur.

Politzer a signalé un cas de sarcome mastoïdien qui s'était propagé à la cavité tympanique, il avait perforé la pointe du limaçon, pénétré dans la rampe tympanique et de là gagné à travers le conduit interne la base du crâne.

Sune Y Molist : En Espagne les sarcomes osseux de la région mastoïdienne sont très fréquents. Ils envahissent la cavité postérieure du crâne, compriment le cervelet, et ainsi provoquent des symptômes caractéristiques ; douleurs à l'occiput, vertige et coma.

Appareil de l'innervation

M. Labbé. — *Deux cas de gliome cérébral.* (Soc. anat. Par., oct. 1896, 702).

1° Homme de 37 ans, ni alcoolique ni syphilitique. Céphalalgie et troubles intellectuels depuis quelque mois ; en dernier lieu vertiges et

crises épileptiformes. Mort. A l'autopsie on trouve une tumeur qui occupe la moitié antérieure du corps calleux et qui a envahi la première circonvolution frontale.

2° Jeune homme de 20 ans, sans antécédents pathologiques, atteint depuis cinq ans de paralysie du membre inférieur gauche, de crises d'épilepsie partielle et d'une tumeur de la région pariétale droite. Trépanation à ce niveau qui montre une tumeur inopérable. Mort de méningite trois jours plus tard. A l'autopsie on constate que cette tumeur occupait plus du tiers moyen de l'hémisphère.

Dans ces deux cas on a eu affaire à des gliomes paraissant constitués par du tissu névroglique sans cellules ni fibres nerveux et n'ayant évolué que lentement puisque le début des accidents remontait à 5 ans.

P. Parisot. — *Tumeur cérébrale ayant déterminé de l'épilepsie motrice et sensorielle.* (Rev. méd. de l'Est, 1er nov. 1896, 684.)

Homme de 69 ans, présentant des crises épileptiformes qui, d'abord limitées au côté gauche du corps, se généralisèrent. A la suite de ces convulsions, le côté gauche restait parésié pendant quelques jours et des hallucinations de la vue et de l'ouïe se montraient pendant quatre et cinq jours. L'intelligence était normale entre les accès, mais dans les derniers jours état d'hébétude progressive ; pneumonie ; mort. A l'autopsie on a trouvé une tumeur, de la grosseur d'une noix, adhérente à la dure-mère et siégeant dans la région orbitaire du lobe frontal droit. Pas d'altération appréciable des centres corticaux moteurs et sensoriels.

Vorotinsky. — *Tumeur (angiosarcome) du pont de Varole.* (Soc. Méd. de Kazan et Gaz. hebd. Par., 1er oct. 1896, 946).

Jeune garçon de 15 ans. Les symptômes provoqués par cette tumeur étaient, au début, les suivants : Céphalée, troubles visuels, paralysie faciale du côté gauche, faiblesse des membres du côté droit, exagération des réflexes tendineux. La maladie fit de rapides progrès ; il survint des nausées, des vomissements avec céphalée intense, paralysie des extrémités du côté droit, faiblesse des membres du côté gauche, troubles de la déglutition et de la parole.

A l'autopsie on a trouvé une tumeur du pont de Varole, reconnue au microscope pour un angiosarcome.

Appareil des sens spéciaux

Vignes. — *Sarcome choroïdien à évolution lente.* (Bulletin méd., 18 oct. 1896, 990.)

Vignes communique l'observation d'un homme de 60 ans dont la maladie actuelle aurait été précédée des accidents suivants. Il y a 11

ans il aurait présenté des symptômes de métamorphopsie, puis peu à peu la vision aurait disparu et après des accidents paraissant dus à une attaque de glaucome l'œil aurait pris l'aspect qu'il a actuellement. On y constate des déformations, des bosselures de la sclérotique siégeant entre l'équateur de l'œil et le limbe. L'énucléation a été pratiquée et l'on a constaté que la tumeur, de nature mélanique, n'avait pas franchi la sclérotique en arrière. La tumeur était formée de nombreuses cellules arrondies et de quelques cellules pigmentées.

E. Legrain et J. du Bourguet. — *Sarcome de la paupière inférieure.* (Ann. de dermat., janvier 1896, 66).

Kabyle de 35 ans, porteur d'une tumeur ulcérée de la paupière inférieure droite, datant de quelques mois. Elle recouvre complètement la paupière et saigne facilement. Pas de ganglions. Œil sain. Ablation au bistouri. Récidive et, trois mois après, la tumeur a le volume d'une orange à contours mamelonnés, saignante et de couleur rosée. Elle est pédiculée et implantée sur toute la surface externe de la paupière. Ablation au bistouri et au thermo-cautère ; hémorragie abondante Au microscope, sarcome à petites cellules rondes, très vasculaire.

Fage. — *Sarcome de la paupière inférieure.* (Bulletin méd., 6 déc. 1896, 1173).

Malade de trente-sept ans, dont le père avait eu un cancroïde palpébral. Elle présentait une tumeur grosse comme une fève, occupant l'épaisseur des deux tiers externes de la paupière, formant une masse bosselée, mobile sous la peau qui était vascularisée et intacte. Pas d'adénopathie, ni d'altération de l'état général.

Ablation de la paupière presque tout entière par une incision en V ; autoplastie avec un lambeau quadrilatère pris sur la joue et amené par glissement, après dissection, vers le grand angle (procédé de Dieffenbach) ; cicatrisation rapide ; résultat plastique très satisfaisant et jusqu'à présent pas de récidive.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-fuso-cellulaire non pigmenté, développé entre le tarse qui n'a pas été entamé et l'orbiculaire dont les faisceaux ont été dissociés par le tissu néoplasique qui s'est arrêté au-dessous de la peau.

Cette malade avait eu, il y a deux ans, deux chalazions de la même paupière. Par les rapprochements histologiques qu'on peut faire entre le sarcome et le chalazion (granulome de Virchow), on peut se demander si les chalazions d'il y a deux ans ont joué un rôle dans la formation du néoplasme.

Cabannes. — *Tumeur de l'angle interne de l'œil prise pour un sarcome, Épithélioma pavimenteux lobulé.* (Gaz. hebd. Par., 14 juin 1896, 570).

Homme de 45 ans. Début de la maladie, il y a quatre mois, par des

céphalalgies intenses frontale et occipitale auxquelles succède l'obstruction des fosses nasales gauches, qui laissent écouler une sanie purulente teintée de sang. Dans l'angle interne de l'œil, tuméfaction, qui s'accroît de jour en jour. On pense à un phlegmon du sac lacrymal. Une incision fait sortir du sang et découvre un tissu mou ressemblant à du sarcome.

Mais l'examen rhinoscopique postérieur montre qu'il s'agit d'une tumeur comblant par son volume les choanes et se prolongeant du côté de la voûte de la partie postérieure de la fosse nasale et en avant jusqu'à 2 centimètres de la narine correspondante. Une parcelle de la tumeur est examinée au microscope qui révèle que l'on a affaire à un épithélioma pavimenteux lobulé.

E. Legrain et **G. Perrusset.** — *Vaste sarcome de la peau du creux poplité développé sur une ancienne cicatrice de brûlure.* (Ann. de dermat., janvier 1896, 67).

Kabyle de 35 ans, présentant un vaste néoplasme ulcéré qui occupe tout le creux poplite et s'étend au-dessus et au-dessous de cette région. La région poplitée avait été le siège d'une brûlure pendant l'enfance. Début du néoplasme, une année. Actuellement, un détritus grisâtre sanieux étant enlevé, la partie centrale de la tumeur présente une surface ulcérée, rosée et saignant par places. Autour, nombreux mamelons irréguliers et volumineux. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable. Amputation de la cuisse au tiers moyen. Sarcome globo-cellulaire à grosses cellules.

E. Legrain et **J. du Bourguet.** — *Sarcome de la peau de la région interne du pied droit.* (Ann. de dermat., janvier 1896, 67).

Kabyle de 40 ans, porteur d'une tumeur, de la grosseur d'une orange, au bord interne de la région métatarso-phalangienne. Début, deux mois. De consistance molle, elle est en partie ulcérée et saigne facilement. Ganglions inguinaux engorgés. L'amputation est refusée. Excision de la tumeur au bistouri et au thermo-cautère. Sarcome à petites cellules rondes n'intéressant que la peau. Malade perdu de vue.

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Le Dentu. — *Nouvelle considération sur la leucokératose.* (X° Cong. franç. chir. et Bull. méd., 21 oct., 999).

Depuis 1894, époque à laquelle Le Dentu a communiqué un travail sur la leucokératose dans ses rapports avec l'épithélioma, l'auteur en

a observé et étudié de nouveaux cas. Il rappelle que cette maladie se caractérise au début par la kératinisation de la muqueuse ; puis il se produit une hyperplasie épithéliale et un épaississement cornéen et secondairement la fissuration et l'exulcération. Toute plaque leucoplasique est un épithélioma en puissance, souvent même un épithélioma effectif. Aussi en comparant ces plaques, siègeant à la langue et aux lèvres, aux épithéliomas ordinaires, il est d'avis :

Qu'il faut les considérer non comme un accident dans le cours de la leucoplasie mais comme une phase ultime de la maladie.

Que si cette terminaison n'est pas fatale, elle est fréquente, mais dans une proportion qui n'a pas encore été démontrée.

Qu'ils ont moins de tendance à s'infiltrer dans les couches sous-jacentes à la muqueuse et à gagner les ganglions lymphatiques.

Qu'ils se produisent plutôt par une extension graduelle à des points non encore transformés que par une véritable récidive sur place.

Que leur évolution semble plus lente et qu'ils sont peut-être réellement, d'une façon générale, doués d'une moindre gravité.

Qu'il faut néanmoins s'en méfier comme s'ils devaient toujours se comporter comme des néoplasmes de la pire espèce.

Que l'ablation précoce est prudente pour toute plaque simple isolée ou associée à d'autres, qui se montre réfractaire à l'action des émollients, des alcalins, des topiques modificateurs de diverses sortes, des caustiques faibles.

Que l'ablation radicale s'impose pour toute plaque isolée ou associée qui s'écarte du type le plus simple par sa fissuration ou son développement papillomateux.

R. Bolde. — *Sarcome du voile du palais guéri par le traitement arsénical.* (J. méd. Bordeaux, 6 septembre 1896, 396).

Dans un cas de tumeur du voile du palais qui n'avait pas disparu par le traitement antisyphilitique et que l'on a supposé être un sarcome, on a fait des injections d'une solution d'arséniate de soude à 1 0/0. Dans l'espace de six semaines, 84 centigrammes de ce sel furent injectés ; le malade a guéri et augmenté de poids (9 kilos).

2e Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Albin Lambotte. — *Contribution à la gastro-entérostomie.* (Ann. Soc. belge Chir., 15 oct. 1896, 173).

Tout en reconnaissant que, dans la gastro-entérostomie, le bouton anastomotique peut être utile dans les cas où il faut opérer d'urgence, Lambotte estime que le procédé des sutures présente de plus grands avantages. Une suture peut être faite en peu de temps et de telle façon que l'infection ne soit pas à craindre ; aussi à ces deux points de vue, le procédé de Murphy ne présente-t-il aucune supériorité. D'autre part il

offre les inconvénients suivants : Dans le plus grand nombre de cas l'expulsion du bouton ne se fait pas, et l'on ignore à quel moment il se détache, ce qui peut être désavantageux pour l'alimentation. L'auteur fait suivre ces remarques de la relation de deux gastro-entérostomies, faite avec des sutures, l'une dans un cas de cancer du pylore et l'autre pour un ulcère chronique. Bons résultats.

Péan, Chaput, Kocher, etc. — *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac.* (Bull. méd., 25 oct. 1896, 1022).

Péan rappelle les progrès accomplis depuis quelques années dans la résection de l'estomac, lorsqu'il est affecté de cancer. Après avoir discuté les différentes opérations applicables en pareil cas, il conclut ainsi :

La pylorectomie est indiquée chez les malades jeunes, encore résistants, dont la tumeur est petite, mobile, et qui n'ont pas encore de généralisation ganglionnaire, ou de métastase viscérale ;

Toutes les fois que la première portion du duodénum est seule altérée et que l'on peut réséquer la portion malade de l'estomac, en conservant une portion de cet organe, voisine du cardia, tant minime que soit cette dernière, le chirurgien pourra intervenir. Mais au lieu de rapprocher l'orifice duodénal de celui beaucoup trop large de l'estomac. comme dans la pylorectomie, il commencera par suturer complètement à étages la plaie stomacale, et il abouchera le duodénum à a portion restante (gastro-duodénostomie), ce qui est plus rationnel, au point de vue physiologique, que de l'aboucher à une autre portion d'intestin ;

Au lieu des sutures ordinaires, on fera usage pour cette anastomose du bouton de Murphy dont l'application est simple et rapide ;

Chez les malades cachectiques, et qui présentent de la généralisation, on se contentera d'aboucher le jéjunum à la face antérieure ou postérieure de l'estomac ; là encore le bouton de Murphy rendra de grands services, en simplifiant considérablement l'opération.

Chaput rapporte l'observation d'un homme de 51 ans, présentant des signes de sténose pylorique. Laparotomie, résection d'un anneau néoplasique au pylore, fermeture en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum par une suture à deux étages. Une gastro-entérostomie avec bouton anastomotique entre la première anse du jéjunum et la face antérieure de l'estomac est ensuite pratiquée. Guérison rapide. En trois mois le malade a augmenté de 19 livres. Le microscope a révélé l'existence d'un petit îlot cancéreux siégeant sur l'un des bords de la muqueuse ulcérée.

Kocher a pratiqué 24 fois la pylorectomie pour cancer. De ces cas 6 ne datent que de 16 mois. Sur les 16 qui restent, 3 ne souffrent plus, digèrent bien et peuvent être regardés comme guéris.

Kelynack et Whithead. — *Obstruction intestinale due à la pression de la vésicule biliaire distendue et cancéreuse* (Médecine mod., 14 oct 1896, 622).

Homme de 69 ans. Obstruction intestinale complète depuis huit jours. Laparotomie : La vésicule distendue paraissant comprimer le côlon transverse, on fait une colotomie hypocondriaque droite. Malgré une abondante évacuation fécale, mort le lendemain.

Parmi les lésions relevées à l'autopsie, notons, outre de la péritonite localisée dans le voisinage de la plaie opératoire, une distension énorme de la vésicule, dont le fond libre était près du côlon transverse. Cette vésicule, s'étendant à une grande distance en arrière, avait 6 pouces et demi de longueur. 2 pouces de largeur, et une circonférence de 6 pouces trois quarts. Elle contenait plusieurs onces de liquide visqueux et de nombreux calculs biliaires; en outre, vers le milieu de la surface inférieure, la paroi externe présentait une masse nodulaire distincte, faisant saillie à l'intérieur et à l'extérieur. Un examen microscopique démontra que le nodule était un épithélioma à cellules cylindriques. Dans le foie, non augmenté de volume, plusieurs noyaux également cancéreux.

F. Mahaut. — *De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéro-anastomose pour sténose cancéreuse du pylore.* (Thèse de Lyon, 1896, n° 1126).

En outre de certains résultats connus, la gastro-entérostomie provoque des modifications de la motilité de l'estomac. Dans certains cas, il y a suppression de la rétention, aussi ne trouve-t-on plus d'acide lactique dans le liquide gastrique; d'autres fois la rétention est seulement diminuée et l'acide lactique persiste.

La stagnation est en rapport avec l'état de contractilité de l'estomac. Lorsque sa dilatation préopératoire persiste, ce qui est dû à son atonie, il y a stagnation par suite du niveau supérieur de la bouche artificielle. On pourrait peut-être l'éviter en incisant l'estomac près de son fond.

On n'observe pas de véritable incontinence gastrique; il existe plutôt de la lenteur dans l'évacuation et parfois il y a un reflux des liquides biliaire et pancréatique dans l'estomac, ce qui ne détermine aucun trouble, quand ce reflux est peu abondant.

En ce qui concerne la sécrétion chlorhydro-peptique, il est de règle de constater sa disparition; mais la nutrition n'en est pas trop troublée, du moins pendant un certain temps, l'intestin et ses glandes annexes y suppléant par leurs sécrétions.

De ces constatations découle la conclusion que la gastro-entéro-anastomose, pratiquée le plus tôt possible, peut améliorer le sort des malheureux malades, atteints de sténose pylorique cancéreuse.

Ch. Willems. — *Reconstitution d'un sphincter après l'amputation du rectum.* (Ann. Soc. belge chir., 1896, 100,.

Pour remédier à l'incontinence, suite de la destruction du sphincter après l'amputation du rectum, Willems avait conçu, en 1892, un procédé de restauration, dont il avait, à cette époque, donné la description suivante :

« Après que le segment inférieur du rectum, comprenant le sphincter, a été emporté par un procédé périnéal, le malade est placé ou laissé dans la position de la taille. Si l'intestin n'a pas été amputé très haut, le bout supérieur peut être assez facilement abaissé. On pratique alors, au-dessus de la tubérosité ischiatique, une incision de 5 ou 6 centimètres dirigée obliquement en haut et en dehors. Cette incision est parallèle aux fibres du grand fessier. Au moyen de pinces ou d'une sonde cannelée, on traverse le muscle en passant entre les faisceaux, à un bon travers de doigt de son bord inférieur, et, à travers la boutonnière ainsi obtenue, on attire le bout intestinal au dehors, pour le suturer à la peau.

Si, au contraire, l'intestin a été amputé très haut, et s'il est impossible d'abaisser le bout supérieur jusqu'à la tubérosité ischiatique sans diviser profondément le mésorectum, il faut faire passer l'intestin plus haut à travers le fessier, notamment entre les faisceaux qui se fixent au bord du sacrum.

Le malade étant dans la position latérale, on pratique à travers la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, une incision commençant au bord du sacrum du côté intact et se dirigeant obliquement en bas et en dehors. On perfore ensuite le muscle fessier et les ligaments sacro-sciatiques recouverts par ce muscle, et par la boutonnière produite on attire l'intestin dans la plaie cutanée. Après que l'anus artificiel a été constitué ainsi sur la fesse, la plaie périnéale peut être suturée, sauf drainage ».

Le 1[er] mai 1896, l'auteur a appliqué ce procédé sur une femme de 62 ans, qui portait un anneau carcinomateux comprenant les trois quarts antérieurs de l'anus et ayant envahi le périnée. Malgré divers incidents qui ont accompagné et suivi l'opération la malade a guéri et le 28 juin on notait l'état suivant :

La région fessière à repris son aspect antérieur et sa consistance normale. Dans la position verticale la continence est absolue; dans le décubitus dorsal il y a par moments incontinences, le muscle fessier étant alors à son minimum de puissance. Lorsque ce muscle se contracte, l'anus se déprime et s'enfonce et, du toucher, on a la sensation d'un sphincter assez résistant.

Pearce Gould. — *Gastrostomie par la méthode de Kocher.* (Médecine mod., 5 septembre 1896, 567).

Homme de 53 ans. Rétrécissement cancéreux de la partie supèrieure

de l'œsophage devenu presque infranchissable. L'opération suivante fut pratiquée :

Gould fit une incision verticale sur le muscle droit, sépara les fibres de ce muscle, divisa la couche profonde de la gaine et le péritoine et exposa l'estomac qu'il trouva dans une condition moins resserrée que d'ordinaire dans ces sortes de cas. Il tira le viscère à travers la plaie, fit une incision ayant un pouce de longueur sur le septième cartilage costal gauche et souleva la peau entre cette incision et la partie supérieure de la première.

L'estomac fut attiré sous ce pont de peau et fixé par 7 sutures de soie aux bords de l'incision supérieure. L'incision inférieure de la peau fut ensuite fermée par des sutures. Une ouverture fut faite dans l'estomac et une sonde en caoutchouc introduite et laissée.

Gould remarque que cette méthode de gastrostomie, introduite par Kocher, permet au chirurgien d'ouvrir en toute sûreté l'estomac au moment même de l'opération et de faire prendre immédiatement de la nourriture au malade si c'est nécessaire.

L'estomac attiré à travers les fibres séparées du muscle droit, la cavité du péritoine est complètement exclue et fermée sans l'emploi de sutures et le coude donné à l'estomac forme une valve très efficace pour empêcher la fuite de suc gastrique et de chyme ; en plus le muscle droit fait fonction de sphincter pour l'estomac comme dans la méthode de House.

Le jour après l'opération, 60 grammes de lait furent introduits dans l'estomac à travers la sonde et l'administration en fut répétée toutes les 4 heures. Le troisième jour la quantité fut augmentée à 120 grammes et le quatrième jour à 180 grammes toutes les 4 heures. L'état du malade s'est beaucoup amélioré et il n'y a pas le moindre écoulement à travers la fistule.

William Rose. — *Colotomie inguinale pour affection maligne du rectum.* (Médecine mod., 5 sept. 1896, 567).

Sur un homme de 58 ans, Rose a appliqué son procédé de colotomie, qu'il décrit ainsi :

Après avoir attiré hors de la plaie le repli du côlon, il transperce la paroi abdominale à une distance d'à peu près un pouce du centre de la marge de l'incision avec une forte aiguille sur un manche avec le trou près de la pointe ; cette dernière transperce le péritoine pariétal et passe à travers le méso-côlon et puis perfore le côté opposé de la plaie du dedans au dehors dans une situation correspondante. Un fil en soie forte est passé à travers cette même voie, mais à reculons, le trou de l'aiguille étant enfilé et l'instrument retiré. L'aiguille est de nouveau introduite de la même façon qu'auparavant, mais à 1/6e de pouce plus bas que la première fois ; l'autre bout de la soie est enfilé et l'instrument retiré une seconde fois ; les 2 bouts du nœud coulant

ainsi fait sont noués, la tension étant réglée de manière à mettre en apposition légère les deux couches de péritoine pariétal et les tissus mésocoliques. Un point de fixation est ensuite enfilé à l'angle inférieur de la plaie passant chacun aussi à travers une des bandes longitudinales de l'intestin.

Le repli d'intestin exposé est recouvert d'un pansement protecteur, lequel, à son tour, est couvert d'un pansement au bicyanure. Dans 48 heures ou une semaine l'anus artificiel sera complété par l'enlèvement avec des ciseaux du repli faisant saillie, laissant comme de juste l'éperon intact; ce dernier, par sa projection, empêche d'une manière efficace le passage de matières dans l'ouverture inférieure. Rose a employé ce procédé depuis plus de dix ans avec bons résultats.

Quénu. — *Procédé de résection du rectum pour cancer.* (Bull. Soc. d. chir. Par., 4 nov. 1896).

Dans le but d'éviter l'infection toujours à craindre après l'ablation du rectum, Quénu préconise le procédé suivant qu'il a appliqué dans un cas de cancer élevé. Ce procédé, composé de deux temps, combine la laparotomie à la voie ano-périnéale. Dans le premier temps, le ventre ouvert, on soulève l'anse oméga et on fait une incision sur le mésocôlon là où il n'y a pas de vaisseaux. Cette incision agrandie et l'anse libérée, on passe une mèche dans la brèche mésentérique et on applique une ligature clastique double, au milieu de laquelle on incise au thermocautère l'intestin, dont on détruit la muqueuse. Puis on fait de l'extrémité supérieure de l'intestin un anus artificiel en le fixant à la peau. Quant au bout inférieur de l'intestin, on invagine ce bout vers le rectum, après avoir coupé entre des pinces le mésocôlon, jusque vers le fond de l'utérus. On suture alors l'intestin invaginé à ce niveau, et on termine ce temps de l'opération par la fermeture de l'abdomen.

Dans le deuxième temps, exécuté au bout de 8 à 10 jours, il ne reste qu'à extirper, par le périnée, le rectum et la cloison recto-vaginale ainsi que le vagin.

Pour cela, on désinsère le vagin de la branche ischio-pubienne en conservant le vestibule. Pour enlever le rectum, après avoir fermé l'anus, on fait l'incision de Heinecke, et le rectum libéré de bas en haut est extirpé.

Malgré la production d'un petit abcès collecté à la partie supérieure du rectum et l'existence de quelques plaques limitées de sphacèle, les suites de l'opération, sur l'opérée de Quénu, ont été bonnes et la plaie est en train de cicatrisation.

Depage. — *Technique et indications de la résection du rectum en cas de cancer.* (Bulletin méd., 25 oct. 1896, 1025).

Depage expose ainsi sa technique pour la résection du rectum en cas de cancer :

1° Position gynécologique, de façon à donner au bassin une direction verticale. Incision médiane sur la face postérieure du bassin et résection du coccyx avec une ou deux vertèbres sacrées en cas de nécessité.

2° Dégagement du rectum en ayant soin de laisser adhérent à l'intestin le plus de tissu cellulaire et de péritoine possible afin de conserver l'artère hémorrhoïdale supérieure, de ne pas compromettre la nutrition du bout supérieur, et d'enlever en bloc le cancer avec les ganglions lymphatiques atteints par la maladie.

3° Fermeture de la cavité péritonéale immédiatement après le dégagement de l'intestin et la résection du néoplasme.

4° Abaissement du bout supérieur jusqu'à l'anus après l'avoir invaginé dans le bout inférieur, même pour les cancers très élevés. La gangrène du bout supérieur n'est pas à craindre si l'on conserve intacte l'hémorroïdale supérieure.

5° Tamponnement ou suture de la plaie en étages.

L'auteur ne pratique pas, en général, l'anus iliaque préventif. Il n'admet cette opération, en tant qu'opération préliminaire, que dans deux conditions: 1° s'il y a urgence et si l'état du malade est sérieusement compromis; 2° si le cancer est tellement étendu que le sacrifice du rectum est indispensable.

Résultats: sur dix opérations, deux décès. Des huit malades guéris, un survit depuis trois ans et demi, un autre depuis un an et demi, deux sont morts de récidive un an après l'opération ; les autres sont opérés trop récemment pour entrer en ligne de compte. Depage croit que la récidive est plus tardive et plus rare pour le cancer du rectum que pour tout autre cancer.

Indications: au début de la maladie, la cure radicale s'impose. Plus tard, les ganglions sont envahis ; alors cure radicale ou anus iliaque préliminaire ou définitif suivant l'état général du malade. Plus tard encore, quand l'extirpation du rectum est impossible, anus iliaque définitif.

V. Dubois. — *Tumeur du pylore. Gastro-entéro-murphystomie. Guérison. Non expulsion du bouton.* (Ann. Soc. belge chir., 1er août 1896, 79).

Femme de 38 ans présentant depuis deux ans et demi des symptômes de néoplasme de l'estomac. On constate, au niveau de la région pylorique, une tumeur bosselée, douloureuse avec dilatation de l'estomac. Emaciation profonde. Laparotomie. Ablation de la tumeur pylorique ; gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. Suites excellentes. Disparition des douleurs, des hématémèses. Retour complet à la santé. Toutefois, cinq mois après cette opération, le bouton de Murphy n'était pas expulsé et de temps à autre la malade accusait des coliques dans la fosse iliaque droite, accompagnées de météorisme.

Rosenheim. — *Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac.* (Médecine mod., 14 nov. 1896, 700).

Rosenheim cite, comme un cas de longue survie après gastro-entérostomie, le fait d'une malade atteinte d'un cancer de l'estomac inopérable. L'opération a été faite en 1894 et depuis deux ans et demi la malade a conservé ses forces, bien que la tumeur s'accroisse.

Ewald mentionne le cas d'une semblable opérée ; la gastro-entérostomie a eu lieu il y a 3 ans.

Kœnig en a pratiqué environ 60 et plusieurs opérés ont survécu 4 ans après l'intervention.

J. Bœckel. — *Procédé sacro-iliaque pour l'extirpation du rectum et de l'S iliaque pour cancer.* (Soc. de Chir. Par., 28 oct. 1896).

Chez une femme de 39 ans, atteinte d'un cancer du rectum et de l'S iliaque, Bœckel rapporte ainsi l'opération qu'il a pratiquée : On fit d'abord le Kraske, puis le coccyx et la partie médiane du sacrum furent réséqués. Le rectum fut ensuite libéré, sectionné en travers à 4 centimètres de l'anus et attiré au dehors. Mais, comme le néoplasme atteignait une portion de l'S iliaque, Bœckel pratiqua alors une incision abdominale, divisa le mésentère en liant les artères au fur et à mesure et sectionna l'S iliaque. Puis, replaçant la malade sur le ventre, il extirpa le rectum et la portion inférieure de l'S iliaque. Il réunit le péritoine en haut au catgut; en bas, il ferma de même la plaie.

Collignon. — *Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux.* (Un. méd. du Nord-Est, 1896, XX, 190).

L'auteur a recueilli une dizaine de cas d'estomac cancéreux, dans lesquels le lavage a été funeste. Lorsque ces lavages sont faits chez les cachectiques, il se produit d'abord un soulagement, mais bientôt l'état général s'aggrave et le malade meurt en proie à une véritable auto-infection.

L'auteur estime qu'avant le lavage le pouvoir absorbant de la muqueuse tapissée d'un enduit glaireux est presque nulle. Au contraire, après ce lavage, lorsque cette portion du tube digestif est débarrassée de son contenu et du mucus qui tapissait sa surface épithéliale, les tuniques se rétractent vite, la circulation s'y rétablit, et l'activité fonctionnelle renaît. Cette douche interne, véritable coup de fouet, réveille l'organe en souffrance, et lui rend un pouvoir absorbant considérable.

Dans ces conditions, l'auto-infection est rendue facile, le cancer continuant à élaborer et à verser dans l'estomac des toxines d'autant plus dangereuses que l'organisme est atteint dans toutes ses œuvres vives.

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Segond. — *Cancer primitif du foie. Ablation. Mort.* (Soc. Chir. Par., 2 décemb. 1896).

Segond rappelle que les cancers primitifs du foie sont rares et encore plus rare en est l'ablation. On en a publié 12 observations se décomposant en 8 cancers, 3 sarcomes et 1 adénome malin. De la lecture de ces observations découlent les remarques suivantes: il est des cas où le néoplasme se présente dans des conditions telles qu'il peut être enlevé, le reste du foie semblant sain en apparence.

L'opération en elle-même n'est pas bien grave, puisque chaque opérateur signale un succès opératoire; quant aux suites éloignées, il n'en est pas fait mention, sauf chez deux malades, où la récidive s'est montrée en six mois. A propos de la technique opératoire tous les chirurgiens insistent sur les dangers de l'hémorragie; à part deux cas dans lesquels on a fait l'hépatorraphie (Bruns, Israël), on a toujours fixé le pédicule à l'extérieur.

La malade, âgée de 30 ans, observée par l'auteur, avait été jadis traitée pour une affection utérine et, de plus, on avait diagnostiqué chez elle une tumeur fibro-kystique du fond de l'utérus. En ces derniers temps elle avait été prise d'hémorragies utérines, et elle avait considérablement maigri. Actuellement on constatait au-dessus de l'utérus, une tumeur molle qui faisait corps avec l'organe, et en outre, dans le flanc droit, on percevait une autre tumeur dure, volumineuse, mobile transversalement et recevant les mouvements de transmission imprimés à l'utérus par un doigt placé sur le col. Entre cette grosseur, paraissant un bourgeonnement de la première, et le foie, existait une zone de sonorité.

La laparotomie a d'abord permis de reconnaître que l'utérus et les annexes étaient sains et que la tumeur, molle et friable dans sa partie inférieure, coiffait l'utérus et était attachée par un large pédicule au foie, dans lequel elle avait pris naissance. De ce point elle avait bourgeonné en se développant de haut en bas. On en a pratiqué aisément l'ablation en abandonnant le pédicule dans le ventre, mais le lendemain la malade a succombé au choc opératoire, le pouls ayant continué de s'affaiblir sans interruption. L'examen histologique de la pièce et de quelques noyaux recueillis dans le parenchyme hépatique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma trabéculaire à cellules polymorphes.

A. Hennecart. — *Cancer primitif du foie.* (Soc. anat. Paris, octobre 1896, 613).

Sujet ayant succombé à des accidents d'asystolie. A l'autopsie on note de la myocardite et une dégénérescence cancéreuse du foie; le lobe gauche est transformé en une masse dure, grisâtre et dans le

reste de l'organe on trouve un certain nombre de noyaux de même apparence. Tous les autres organes sont sains. A la coupe les tumeurs donnent un suc ayant les caractères du suc cancéreux.

Appareil de la circulation

Leroux et **Meslay**. — *Sarcome secondaire du cœur.* (Soc. anat. Par., oct. 1896, 680).

Homme de 61 ans, atteint d'une tumeur sarcomateuse de l'orbite et de congestion pulmonaire double. On fait l'ablation de la tumeur à la suite de laquelle les accidents du poumon s'amendent, mais au bout de quelques jours, ils reparaissent accompagnés d'embryocardie et d'arythmie transitoire et finalement de coma. A l'autopsie on note une récidive étendue, in situ, du néoplasme et sa propagation au travers de la fente sphénoïdale. De plus existent de nombreux noyaux sarcomateux dans le cœur, le foie, les reins et la rate.

J. Schramm. — *Un cas de cancer du canal thoracique avec ascite chyliforme.* (Berl. Kl. Woch. — Médecine mod., 19 décembre 1896).

Femme de 53 ans, ayant présenté, depuis un an, des troubles gastriques, de l'amaigrissement, de violentes douleurs abdominales et dorsales et une augmentation du volume du ventre dont la circonférence est de 104 centimètres ; signes manifestes d'ascite. Laparotomie ; sortie de 16 litres d'un liquide laiteux, reconnu ascite chyliforme. Mort 48 heures plus tard.

Autopsie. Au voisinage de la tête du pancréas se trouve une tumeur dure, du volume du poing, non adhérente à l'estomac, de forme irrégulière. Cete tumeur s'étendait jusqu'à la troisième vertèbre lombaire, en couvrant les vertèbres de petites masses friables. Noyaux métastatiques dans le foie au niveau de la veine porte et du ligament duodéno-hépatique et à la surface de la vésicule biliaire. Une vingtaine de calculs, bilirubinate de chaux, dans cette vésicule. Derrière l'aorte et le long de la colonne vertébrale se trouve un cordon, sans lumière, ferme, épais avec, par places, des étranglements et des épaississements ; il s'étend depuis la première lombaire jusqu'à l'embouchure de la veine sous-clavière dans la jugulaire : ce cordon est accompagné de ganglions lymphatiques infiltrés dont un paquet entoure l'embouchure de la veine sous-clavière dans la jugulaire et l'étrangle.

L'examen microscopique de la tumeur principale et des métastases démontra qu'il s'agissait d'un carcinome du canal thoracique, avec métastases.

Delassus. — *Deux cas d'adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux.* (J. Sc. Méd. Lille, 24 oct. 1896, 386).

1. — Fille de 67 ans. En avril 1895, douleurs dans la région rénale

gauche et dans le ventre, suivies de troubles digestifs et de l'apparition d'un ganglion non douloureux dans la région sus-claviculaire gauche. Quatre mois plus tard amaigrissement, augmentation des troubles douloureux et intestinaux et de l'engorgement ganglionnaire qui a pris le volume d'une demi-mandarine dure, non douloureuse, adhérente aux parties profondes. Pas de tumeur abdominale appréciable. Dans la suite, perception d'une masse néoplasique dans le flanc gauche. Accidents d'obstruction intestinale, accroissement du ganglion cervical. Émaciation progressive et mort.

2. — Femme de 62 ans, atteinte depuis deux mois d'une tumeur du triangle sus-claviculaire droit, dure, non douloureuse, paraissant mobile et du volume d'un œuf. A la racine de la cuisse droite, plaque indurée, rouge, développée dans la peau. Pas de symptômes de néoplasme viscéral

Ablation de la tumeur du cou et de celle de la cuisse. Quatre mois après l'opération, récidive sur place à la région cervicale, suivie d'accidents gastro-hépatiques, de cachexie et de mort.

Dans ces deux observations l'adénopathie a présenté les caractères que Rousseau a bien énumérés dans sa thèse inaugurale *(Voir Rev. des Mal. Canc. 1, 1895-96, p. 196)*. Toutefois, il y a eu dérogation à la règle en ce qui concerne la mobilité, car dans les deux cas la masse ganglionnaire était adhérente aux parties profondes. De plus, chez la première malade, la survie, après l'apparition de l'adénopathie, a été plus longue (dix mois) que ne le signale Rousseau, qui mentionne une survie moyenne de deux ou six mois.

Appareil de la respiration

Robert H. Woods. — *Excision de la moitié droite du larynx pour carcinome.* (Médecine mod., 16 sept. 1896, 587).

Homme de 32 ans, se plaignant de troubles de la déglutition. L'examen laryngoscopique montre dans le larynx une grosse tumeur impliquant le pharyngo-épiglottique droit, touchant la paroi pharyngienne postérieurement et diminuant de plus de moitié la lumière du larynx. Engorgement des ganglions sous-sterno-mastoïdiens.

Le malade soumis au chloroforme, une incision sur la ligne médiane est faite de l'os hyoïde au sternum, puis on pratique la trachéotomie haute et on trace une autre incision transversale allant, à droite, parallèle et juste au-dessous de l'os hyoïde. L'opération fut ensuite continuée de cette façon :

Le cartilage thyroïde fut mis à nu et tranché avec des ciseaux ainsi que la membrane muqueuse sous-jacente, on fit de même pour la membrane thyro-hyoïde.

Les ailes du cartilage thyroïde furent séparées et on trouva que la tumeur était limitée au côté droit, mais elle remplissait presque tout le larynx ; il y avait de l'œdème du pli ary-épiglottique gauche dû probablement à l'infection de la surface nécrotique postérieure.

On mouilla la membrane muqueuse avec quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 pour 100 pour diminuer sa sensibilité et permettre une manipulation plus libre. On introduisit dans le larynx un morceau d'éponge attaché à une ficelle que l'on arrangea autour du bout supérieur du tube à trachéotomie, auquel on attacha un appareil de Trendelenburg pour l'administration du chloroforme pendant le reste de l'opération.

On retourna alors la peau et les tissus sous-cutanés du triangle marqué par les incisions-médianes et horizontales jusqu'au sterno-mastoïdien. La membrane crico-thyroïde droite et les adhérences adjacentes furent divisées, l'articulation crico-aryténoïde ouverte et la moitié droite du larynx ainsi libérée de ses attachements au cartilage cricoïde. Ensuite la membrane thyro-hyoïde fut coupée tout près de l'os hyoïde et l'épiglotte tranchée sur la ligne médiane, sa moitié droite étant amenée dans la plaie et tirée en bas, tandis que les tissus furent divisés entre la plaie horizontale extérieurement et le repli en dedans.

La grande corne de l'os hyoïde se trouvait si près de la tumeur qu'elle fut enlevée et il fut nécessaire de porter la dissection si haut que le nerf hypoglosse fut divisé, mais l'artère linguale échappa. La masse fut alors détachée postérieurement des muscles vertébraux, le sac du pharynx étant divisé à gauche, c'est-à-dire du côté sain de la ligne médiane, les attachements à la gaine carotide furent séparés avec précaution et, finalement, un pédicule par lequel la tumeur était liée à la base de la langue fut coupé avec des ciseaux et la masse enlevée. Pas d'hémorragie considérable.

Un grand nombre de glandes infectées à l'angle de la mâchoire furent ôtées après une dissection précautionnée ; une autre chaîne de glandes, sous le muscle sterno-mastoïdien et en dessous du niveau du cartilage cricoïde, fut isolée et extraite.

La plaie horizontale fut alors fermée par des sutures ; la plaie médiane fut laissée ouverte, un tube œsophagien étant poussé jusque dans l'estomac et attaché à la peau de la partie supérieure de l'incision centrale. La cavité du larynx et la partie inférieure du pharynx furent tamponnées avec de la gaze iodoformée et le malade transporté dans son lit respirant convenablement à travers le tube de la trachéotomie.

Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier et huit semaines après, la déglutition des solides et des liquides était facile. L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Deux mois plus tard on constatait une récidive ganglionnaire qui fut traitée par l'ablation, mais, pendant le cours de l'opération, la

jugulaire interne fut ouverte et l'on dut combattre des phénomènes d'asphyxie dus à la pénétration de l'air. La plaie veineuse ne put être suturée. Mort cinq jours après. A l'autopsie inflammation intense de la trachée et des bronches. La première opération sur le larynx était bien cicatrisée sans récidive in loco du néoplasme.

Adénot. — *De la libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde.* (Médecine mod., 24 oct. 1896, 649).

Dans un cas de cancer du corps thyroïde chez une femme de 61 ans, Adénot, pensant que les larges incisions circumthyroïdiennes des parties molles, préconisées par Poncet, ne seraient pas suffisantes, a fait ainsi la libération directe de la trachée : il a enlevé une partie de la tumeur sur la face antérieure de la trachée en ayant soin de bien dénuder celle-ci sur la ligne médiane et sur une hauteur de 6 à 7 centimètres. L'hémorragie dans le tissu friable du cancer fut assez abondante. Le soulagement fut immédiat. Le résultat ultérieur fut bon également puisque la malade survécut 8 mois après l'opération ; elle mourut de généralisation cancéreuse *sans dyspnée*. Elle fut revue 3 mois après l'opération. Ayant repris sa profession de vendeuse de fleurs elle respirait facilement et n'avait pas de dysphagie ; seules des masses ganglionnaires du volume du poing développées de chaque côté du cou et jusque sous le trapèze lui causaient de l'inquiétude.

En résumé, sans prétendre que la *libération longitudinale directe de la trachée* soit toujours possible dans le cancer du corps thyroïde, Adénot pense que, combinée ou non avec les larges incisions circumthyroïdiennes, elle remplacera avantageusement dans certains cas la trachéotomie et pourra donner une survie inespérée.

Gilbart Smith. — *Carcinome du larynx.* (Lancet, 18 avril 1896).

Gilbart Smith présente le larynx d'un homme de 58 ans, atteint d'épithélioma depuis six mois. A l'examen, on avait trouvé l'épiglotte gonflée et plissée ; la région aryténo-épiglottique droite était hypertrophiée et l'espace inter-vocal était obstrué par deux ou trois excroissances venant de la base de l'épiglotte. Le malade n'a eu de la dypsnée que la veille de sa mort, due à une affection cardiaque. L'épithélioma paraît avoir pris naissance dans le voisinage de l'épiglotte et s'être étendu vers le cartilage aryténoïde droit.

Karl Ehlich.— *Carcinome primitif de la bifurcation de la trachée.* (Monatsch f. Ohrenheilk., 1896, n° 3).

Homme de soixante-cinq ans. Depuis deux ans, légers signes de catarrhe des voies aériennes supérieures, toux et oppression lentement progressive. Puis amaigrissement, perte des forces, crises de dyspnée,

expectoration muco-sanguinolente, douleurs à la déglutition, et l'examen avec le miroir permit de constater un rétrécissement de la trachée produit par un néoplasme siégeant au niveau de la bifurcation obstruant en partie la lumière des deux grosses bronches.

Le malade étant mort de pneumonie, l'autopsie confirma le diagnostic: il s'agissait d'un squirrhe qui avait envahi toutes les parois de la trachée et des deux bronches, ainsi que la couche musculaire de l'œsophage; une fistule s'était établie entre ce conduit et la trachée.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Desnos. — *Interventions palliatives contre le cancer de la prostate* (Bulletin méd., 28 oct., 1896, 1037).

Dans les cas de dysurie violente et d'hématurie grave, chez les sujets atteints de cancer de la prostate, la cystostomie n'est pas toujours suffisante pour faire disparaître les accidents. Aussi Desnos préconise-t-il l'opération suivante qu'il a pratiquée deux fois avec succès: Elle s'adresse aux douleurs irradiées au périnée, au scrotum, à la verge, aux membres inférieurs. Il a fait, tout d'abord, une incision prérectale; dans le premier cas, il a décollé les adhérences avec les parties voisines, et grâce à des tractions légères exercées sur la prostate, il est arrivé à réséquer, de chaque côté, une partie du néoplasme. Dans le second cas, devant l'état d'envahissement du périnée, l'auteur a dû creuser un sillon entre les limites de la prostate, le rectum et la vessie et il a enlevé une notable portion du néoplasme en ayant recours aux excisions et au curettage.

Grâce à ces procédés, les organes pelviens n'étant plus comprimés par la prostate cancéreuse, les douleurs irradiées ont cessé ; les malades ont ainsi éprouvé un soulagement qui peut persister jusqu'au moment de la mort.

J. Verhoogen. — *Myxosarcome de la prostate. Prostatectomie totale* (La policl., Bruxelles, 1er mars 1896, p. 487).

Homme de 53 ans, présentant un gonflement de la fesse droite et une saillie autour de l'anus, en forme de calotte hémisphérique. Cette tumeur indolore, très-dure, sans adhérences avec la peau, se continue dans la fosse ischio-rectale et reste indépendante du rectum. Pas de troubles de la défécation, ni de la miction. Opération : Isolement de la paroi rectale ; séparation de la tumeur, qui se continue avec la prostate de la fosse ischio-rectale ; section au ras du col de la vessie et section de l'urètre en avant de la tumeur : La tumeur enlevée, on tente une suture de la vessie et de la portion membraneuse de l'urètre ; mais cette suture n'a pas tenu. Suites immédiates bonnes.

Deux mois plus tard cicatrisation de la plaie périnéale, mais communication permanente de la vessie avec le rectum par une déchirure qui, faite au moment de l'opération, ne s'est pas cicatrisée. L'urine passe en partie par cette voie, en partie par la verge. Situation générale restée bonne trois mois après l'opération, quoique l'on sente par le toucher rectal des bourgeons suspects; au microscope, myxosarcome partiellement ossifié.

Ch. Mathieu. — *Etat histologique du tube séminifère dans un testicule sarcomateux.* (Soc. de biol. Paris, 14 nov. 1896).

Mathieu décrit les altérations constatées sur un testicule atteint de sarcome encéphaloïde à petites cellules. La membrane propre du tube séminifère est d'autant plus épaissie qu'on se rapproche davantage du voisinage de la tumeur. Les cellules nobles, renfermées dans le tube, au début du processus d'altération, ne disparaissent pas en masse et d'une façon quelconque, mais par ordre, successivement reproduisant le cycle de leur genèse. Les dernières cellules qui persistent dans ces tubes sont les cellules fixes de Sertoli.

Carlier. — *Adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le cancer de la prostate.* (Ass. franç. d'urol., 22 oct. 1896).

Homme de 38 ans. Depuis trois ans hématuries intermittentes suivies, en ces derniers temps, d'amaigrissement et d'accidents de cystite. L'examen direct fait constater un cancer de la prostate et dans le creux sus-claviculaire gauche un ganglion dur, mobile, indolent, gros comme un œuf de pigeon, situé dans le voisinage de la partie moyenne de la clavicule. Aggravation très rapide de l'état local et de l'état général : cachexie urinaire et mort. Pas d'autopsie.

2° Organes génitaux de la femme

Fourmeaux. — *Sarcome de l'ovaire droit. Laparotomie. Ouverture dans l'abdomen d'un abcès de la paroi. Mort au 8e jour.* (J. Sc. Méd. Lille, 10 oct. 1896, 355).

Femme de 64 ans portant, depuis 10 ans, une tumeur abdominale qui a augmenté notablement depuis quelque temps. Pas d'amaigrissement. Dyspepsie; à l'examen direct, tumeur d'apparence multilobaire et offrant les caractères du fibrome. Laparotomie. On trouve une tumeur rouge violacée formée de deux gros lobes, molle, vasculaire et nettement pédiculée. Sa décortication dans la cavité pelvienne est impossible; aussi est-on obligé de l'enlever partie par éviscération, partie par morcellement. Cette tumeur pesait 2 kil. et était constituée par des masses reconnues sarcomateuses.

Dans les cinq jours qui ont suivi l'opération, aucun accident; puis un

abcès s'est développé dans la paroi abdominale et, bien qu'il eût été ouvert, des accidents de péritonite ont déterminé la mort au huitième jour. L'autopsie a confirmé cette péritonite ; dans l'exsudut péritonéal, de même que dans le pus de l'abcès, se trouvaient de nombreux staphylocoques. L'auteur attribue l'abcès de la paroi abdominale au catgut mal stérilisé et il ajoute que, dans un certain nombre de suppurations localisées antérieures, il a toujours constaté la présence du staphylocoque.

L. Dor et L. Bérard. — *De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire* (Gaz. hebd. Par., 4 oct. 1896, 949).

La dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire, n'étant qu'assez rarement observée, n'a encore donné lieu qu'à un petit nombre de travaux. Une nouvelle observation a fourni à Dor et à Bérard l'occasion de présenter une note détaillée à ce sujet. Dans l'observation relatée par ces auteurs il s'agit d'une femme de 53 ans, sans antécédents pathologiques, aménorrhéique depuis 3 ans et présentant une tumeur abdominale, douloureuse à la pression et offrant les caractères des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Laparotomie. Ablation d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant, sans ponction préalable, la fluctuation étant douteuse. Suites de l'opération excellentes.

Examen macroscopique. — La poche, développée aux dépens de l'ovaire gauche, et offrant une paroi très tendue, laisse couler, à l'incision, 1200 cent. cubes d'un liquide couleur café au lait, contenant quelques grumeaux blancs et une dizaine de poils blonds. Cette poche, uniloculaire, montre sur un point de sa paroi, un épaississement qui, à la coupe, a l'aspect du tissu épithéliomateux.

Examen microscopique. — Cet examen confirme la nature dermoïde du kyste et, de plus, démontre qu'il s'agit bien, au-niveau de la portion épaissie, d'un épithélioma pavimenteux stratifié. A la face externe de la tumeur on notait également quelques bourgeons néoplasiques.

Les auteurs font remarquer qu'il n'existait aucun autre noyau de généralisation et qu'une guérison définitive, étant donnée la précocité de l'intervention, peut être espérée. Il y a toutefois lieu de faire des réserves, la plupart des cas connus ayant été suivis d'issue fatale (Krukenberg, Tauffer, Kocher). Cette terminaison sera d'autant mieux évitée que le diagnostic sera plus précoce. Malheureusement ce diagnostic est difficile à poser : il devra surtout reposer le contraste qui existe entre les deux phases si différentes de l'évolution du néoplasme : la première calme et très longue, la seconde précipitée avec accroissement subit de volume.

Gallet. — *Fibrome et cancer de l'utérus.* (Soc. belge d'anat. path. 1896).

Femme de 63 ans ; métrorrhagies abondantes. Utérus volumineux.

Hystérectomie. L'examen de la pièce montre, outre un fibrome de la paroi postérieure, une tumeur cancéreuse du corps utérin.

Niedergall. — *Sarcôme, carcinôme, myôme et polypes muqueux sur un même utérus.* (Gaz. m. Par., 30 mai 1896).

Femme âgée de 62 ans, En 1894, sans cause appréciable, vives douleurs abdominales. Bientôt après, hémorrhagies irrégulières. Dans l'intervalle, écoulement de mucosités aqueuses.

Depuis quelques semaines, les hémorrhagies sont abondantes, surtout le jour, à l'occasion des mouvements.

Vagin très étroit, lisse. Col utérin conique, orifice externe petit, laisse à peine passer la sonde. Le corps utérin est en ante-flexion, gros comme le poing, non sensible à la pression. Les culs-de-sac sont libres. Rien dans les trompes ni dans les ovaires.

On diagnostique cancer du corps. Un curettage d'épreuve démontre un cancer villeux.

Le 9 novembre apparaît à la vulve une tumeur qui le matin avait été expulsée spontanément sous l'influence des contractions utérines et qui, par son extrémité supérieure, remontait jusque daus le col. On l'enlève facilement. Les hémorrhagies diminuent, les douleurs cessent. La tumeur expulsée, de la grosseur d'un œuf, est superficiellement lobée, d'un rouge brun, et d'une consistance rappelant celle du foie. La surface de section en est lisse.

L'examen montre qu'il s'agit là d'un sarcôme sous-vasculaire composé surtout de petites cellules fusiformes plongées dans une substance fondamentale fasciculée, de cellules réticulaires et de cellules rondes. Cette tumeur n'a pas la même structure que les masses curettées. et il pourrait y avoir ici combinaison de carcinôme et de sarcôme.

Le 30 novembre, hystérectomie totale : l'utérus est à peu près normal comme forme et comme volume. La convalescence est un peu retardée par une phlébite ; à part cela, les résultats sont bons. Pas de récidive six mois plus tard.

Les masses enlevées par le curettage provenaient d'une tumeur cancéreuse siégeant à l'angle supérieur gauche. Cette tumeur, grosse comme une noix, occupait toute la paroi utérine. Elle n'est pas nettement séparée des tissus voisins ; elle y pousse, au contraire, des prolongements. Des coupes présentent l'aspect type du carcinôme épithélial papillaire.

Dans la partie supérieure du canal cervical, on voit naître de la paroi postérieure une tumeur grosse comme un pois, mal pédiculée, qui, au microscope, se révèle comme un polype muqueux.

Dans l'angle supérieur droit, se trouve encore un autre polype muqueux, gros comme une lentille et lisse à la surface.

Un peu en dedans de ce dernier polype, on voit, sur la paroi postérieure, une petite saillie hémisphérique, de la grosseur d'un pois.

Large base, lisse superficiellement, recouverte par une muqueuse normale.

La masse principale est formée de faisceaux musculaires qui s'entrecroisent ; à la surface, un revêtement muqueux, dont la couche épithéliale manque par places, et quelques glandes disséminées.

C'est donc un myôme sous-muqueux.

Enfin, en deux points, au-dessous du cancer villeux signalé dans l'angle supérieur gauche et au-dessus de l'orifice interne du col, la muqueuse manque complètement. C'est là que devait s'attacher la tumeur spontanément expulsée, car le tissu sous-jacent est riche en cellules fusiformes.

D'après l'examen microscopique, on peut désigner cette tumeur sous le nom de fibro-sarcôme réticulo-cellulaire polypeux.

D'Hotman de Villiers et Thérèse. — *Altérations épithéliales du col utérin.* (Congr. de gynéc., Genève, 1896).

Femme de quarante-et-un ans, d'excellente santé, sans passé pathologique. Deux accouchements normaux.

Actuellement pertes blanches abondantes, utérus assez volumineux, col tuméfié, présentant des ulcérations sur ses deux lèvres. En outre, sur la lèvre inférieure existait une petite plaque blanche de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Cette plaque ne se détachait qu'avec peine des tissus sous-jacents ; elle avait une couleur blanc nacré, brillant. Son accroissement était assez rapide pour qu'au bout de trois mois elle eût envahi la partie supérieure droite du col.

Les ulcérations des lèvres ne tardèrent pas à disparaître sous l'influence d'injections antiseptiques et de pansements à la glycérine.

Mais la plaque blanchâtre ayant persisté pendant deux ans, une intervention chirurgicale fut décidée : curage, amputation totale du col, etc...

Les pièces provenant de l'opération ont été étudiées histologiquement. Les coupes ainsi obtenues et traitées par le picrocarmin, le carmin d'alun et l'hématoxyline montrèrent une couche de Malpighi épaissie, composée d'éléments épithéliaux normaux. Les couches superficielles étaient formées par des éléments nettement kératinisés. En certains points, les cellules donnaient l'impression des premières phases d'un cancroïde.

Toutefois, en aucun endroit les cellules épithéliales n'envahissaient les tissus sous-jacents.

R Pichevin et **Auguste Pettit.** — *De la leucoplasie vulvo-vaginale.* (Semaine gynéc., 13 oct. 1896).

D'après Pichevin et Pettit, la leucoplasie vaginale se manifeste par une série d'altérations anatomiques extrêmement voisines de celles

décrites (en particulier par Leloir) à propos de la leucokératose buccale. On peut noter les modifications suivantes :

Feutrage du derme.

Multiplication des cellules de la couche à éléidine.

Hypertrophie de la couche cornée.

Diffusion de l'éléidine dans les couches sous-jacentes au stratum granulosum.

Les auteurs ont déjà (Leloir, Le Dentu, etc...) insisté à maintes reprises sur la dégénérescence cancéreuse de la plaque leucoplasique ; la plupart d'entre eux considèrent l'épithélioma, en quelque sorte, comme un accident de l'évolution de la leucoplasie ; au contraire il semble plus rationnel d'admettre que la dégénérescence cancéreuse est bien plutôt un stade ultime de l'évolution de la leucokératose vulvo-vaginale ; en effet sur les plaques les plus jeunes (ou les plus petites) provenant d'une femme de 50 ans on constatait uniquement des lésions de nature leucoplasique ; en revanche, sur les plaques parvenues à un stade plus avancé, au sein même des éléments hyperkératinisés, on assistait au développement de noyaux épithéliomateux ; il était intéressant de signaler cette évolution du tissu leucoplasique méconnue jusqu'à ce jour ; des récents travaux en effet il paraît résulter au contraire que le développement du tissu épithéliomateux impliquait un bourgeonnement du corps de Malpighi, une fissure, etc... D'après le matériel étudié par Pichevin et Pettit, il semble au contraire qu'on doive compléter cette notion par le fait suivant : la possibilité de la transformation directe du tissu leucoplasique en tissu épithéliomateux. Toutefois une remarque s'impose : c'est la bénignité relative des cancers ainsi développés ; une malade traitée par ces auteurs présente de l'épithélioma (diagnostic histologique) vaginal depuis plus de cinq ans sans altération sensible de sa santé.

En résumé, Pichevin et Pettit, en se basant à la fois sur les données cliniques et anatomo-pathologiques, établissent la réalité de la leucoplasie vulvo-vaginale en tant qu'entité pathologique distincte à la fois de la vaginite sénile et du kaurosis vulvæ. Cette affection présente des rapports tellement étroits avec le cancer qu'on est tenté de considérer la leucoplasie et le cancer comme deux stades évolutifs d'un même processus.

En tous cas, la définition exacte, clinique et anatomo-pathologique de la plaque leucoplasique vulvo-vaginale permet le diagnostic précoce et par suite le traitement en temps opportun de la lésion comportant les mêmes chances de succès que ceux qui ont été obtenus dans nombre de cas de leucokératose buccale.

Jacobs. — *Cancer primitif du corps de l'utérus.* (Ann. Inst. Sainte-Anne et Semaine gyn., 8 oct. 1896, 358).

Jacobs admet des adéno-carcinomes et des carcinomes à cellules

cylindriques. Après avoir cité l'observation d'une malade atteinte d'un cancer alvéolaire et qu'il a hystérectomisée, il donne sa statistique et croit que le cancer primitif du corps n'est pas si rare que le prétendent certains auteurs.

En effet, sur 54 cas de cancer utérin opérés, il y avait 13 cas de cancer primitif du corps. De ces 13 malades, on a constaté au sujet des résultats éloignés de l'opération radicale : 2 cas perdus de vue au bout de quelques mois ; 4 cas récidivés ayant entraîné la mort avant 1 an (3 semaines, 2 mois, 5 mois, 7 mois).

1 cas récidivé au bout de 1 an et demi, 4 cas bien portants après 1 an 1/2 et 2 ans ; 2 cas trop récents.

Il semble qu'au point de vue de la survie après l'opération radicale, le cancer du corps donne plus de chance que le cancer du col.

J. Vanverts. — *Epithélioma polykystique de l'ovaire. Rétention d'urine.* (Soc. anat. Paris, juillet, 562).

Femme de 58 ans. Tumeur abdominale volumineuse, présentant les symptômes d'un kyste multiloculaire avec saillie considérable remplissant le vagin et comprimant, par l'intermédiaire de l'utérus, l'urètre, d'où rétention incomplète d'urine. Par le cathétérisme on retire deux litres et demi d'urine claire. Ablation de la tumeur qui pesait 1240 grammes et dont l'examen montre qu'il s'agissait d'un épithélioma kystique de l'ovaire. Dans cette observation il faut noter l'inclusion d'un des kystes dans la cavité pelvienne et la compression de l'urètre par l'utérus repoussé en avant contre le pubis.

3° Annexes de l'appareil de la génération

G. Beatson. — *Du traitement des cancers inopérables du sein.* (*Lancet*, 11 et 18 juin 1896).

Beatson rapporte trois cas de cancer inopérable du sein, qu'il a traités et guéris par la castration et l'administration de l'extrait thyroïdien. Non partisan des différentes théories émises sur la pathogénie du cancer, il suppose qu'il existe dans les maladies des ovaires une cause provocante du cancer du sein et il croit que les cellules cancéreuses sont des cellules épithéliales germinales. Or, comme l'ablation des ovaires exerce une certaine influence sur la prolifération de ces cellules, il pense que la castration, dans les cas inopérables de cancer du sein, peut être très utile, en lui adjoignant l'administration du suc thyroïdien.

Mencière. — *Epithélioma intra-canaliculaire du sein.* (J. méd., Bordeaux, 9 août 1896, 362).

Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui depuis six ou sept ans, a vu du liquide jaunâtre sourdre par le mamelon gauche.

Il n'y a jamais eu d'écoulement de sang ; ce liquide est toujours demeuré roussâtre, l'écoulement était assez abondant pour que la malade fût obligée de tenir constamment un mouchoir sur son sein.

A l'examen de la région on trouve une tumeur formée de plusieurs petits lobes, distincts et durs, semblant siéger dans les canalicules intra-glandulaires. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Ablation. A l'examen de la pièce on voit des petits noyaux, de la grosseur d'une noisette, siégeant dans les canalicules glandulaires. On a donc affaire à un épithélioma intra-canaliculaire.

Michel. — *Squirrhe du sein et épulis chez la même femme.* (J. m. Bordeaux, 26 juillet 1896, 337).

Femme de 58 ans, présentant une tumeur du sein droit qui offre les caractères cliniques du squirrhe, et une autre tumeur de la bouche, qui se serait montrée, il y a vingt ans, à la suite de l'extraction d'une dent. Située au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure, pédiculée, elle est de forme ovoïde et du volume d'une figue ; sa consistance est ferme, son aspect rougeâtre. Pas de douleurs, pas de troubles de la mastication ni de la déglutition. Gêne légère par le fait du volume de la tumeur.

Joerss. — *Pronostic actuel de l'ablation du sein cancéreux.* (Bulletin méd., 15 nov. 1896, 1106).

Joerss, tout en admettant avec Heidenhaim et Stiles, que les récidives ont pour point de départ les vaisseaux lymphatiques péri et rétro-mammaires, a recherché si la graisse du creux axillaire contenait aussi des métastases cancéreuses. Huit cas examinés à ce point de vue l'ont amené à des conclusions négatives ; ce n'est que dans un cas qu'il a trouvé des cellules cancéreuses dans un petit vaisseau lymphatique de l'aisselle. D'ailleurs, la clinique montre que les récidives ont rarement l'aisselle pour point de départ.

Il rappelle que depuis 1885, à la clinique de Helferich, on enlève très largement la peau du sein et la graisse péri-mammaire. Le tissu adipeux est enlevé jusqu'à la clavicule, le sternum, l'insertion des muscles de l'abdomen, et en arrière jusqu'au grand dorsal. Depuis 1890, même dans les tumeurs mobiles, on fait l'ablation de la couche superficielle du grand pectoral et au besoin de son faisceau sternal.

Sur une statistique de 92 cas ainsi opérés, le chiffre des récidives locales s'est abaissé à 17,9 °/₀ et les guérisons durables sont devenues de 15,7 °/₀ plus fréquentes.

Ch. Audry. — *Note sur un cas de maladie de Paget.* (Ann. de dermat., avril 1896, 644).

Cette observation a été recueillie sur une femme de 27 ans, qui portait un petit adénome du sein gauche depuis l'âge de 13 ans. En

juin 1894, accouchement suivi d'allaitement et dans la suite apparition d'un bourgeon sur l'aréole à côté du mamelon, puis, au-dessous de ce dernier, d'une seconde tumeur dure et indolente; actuellement, du côté gauche l'aréole présente une surface d'un rouge vif, brillant, humide, à bords nets, non élevés et à fond souple sans induration.

La sécrétion est modérée. Le mamelon non rétracté est refoulé par un bourgeon sessile, lisse, rouge, saignant et de la grosseur d'un haricot. Dans l'épaisseur de la glande on perçoit deux petites tumeurs dures.Nombreux petits ganglions axillaires et un autre plus volumineux. Ablation du sein ; curage de l'aisselle. Guérison.

L'examen histologique a démontré que le bourgeon et les tumeurs étaient constitués par du carcinome et que dans la dermatite érosive se voyaient les lésions signalées par Duhring, Darier, Unna, etc...

Généralités

A. Pilliet et V. Veau. — *Sarcome rétro-péritonéal.* (Soc. anat., oct. 1896, 719).

Femme de 45 ans. Douleur du sciatique et tumeur de la fosse iliaque datant de 4 mois. Cette tumeur, de consistance irrégulière, s'étend vers la partie supérieure et paraît formée de plusieurs segments. Laparotomie. On trouve une tumeur à surface blanchâtre, nettement sous-péritonéale. Elle n'est enlevée que partiellement, une partie restant adhérente à la fosse iliaque. Mort 8 jours après. La structure histologique de la tumeur est celle du sarcome.

P. Mermet. — *Enorme dermato-myome de la cuisse. Dégénérescence sarcomateuse.* (Soc. anat. Par., juillet 1896, 653).

Femme de 70 ans, atteinte depuis une quinzaine d'années, d'une volumineuse tumeur de la partie supérieure de la cuisse, donnant lieu à une suppuration infecte. L'ablation en est pratiquée: il s'agit d'un myome cutané, affection assez rare, exceptionnel par le volume qu'il présentait et ayant subi la dégénérescence sarcomateuse en certains points.

Letulle. — *Carcinose péritonéo-intestinale secondaire à un cancer de l'estomac.* (Soc. anat. Par., juillet 1896, 559).

L'autopsie d'un vieillard atteint de cancer pylorique compliqué d'ictère chronique a montré que l'épithélioma, développé primitivement au pylore, s'est généralisé par les voies lymphatiques. L'épiploon gastro-hépatique est infiltré de nodules, et a comprimé les gros canaux biliaires. Le foie, indemne de cancer, était ictérique, verdâtre et dur. Sur la plus grande partie de l'intestin, il existe des nodules

cancéreux, de volume variable, infiltrés dans l'épaisseur des différentes tuniques.

Ch. Féré. — *La parenté morbide des tumeurs.* (J. des Conn. méd., 29 oct. 1896, 355).

Féré rappelle que la parenté des tumeurs avec les maladies qui constituent la famille névropathique a été notée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'hérédité morbide.

L'histoire de l'hérédité des tumeurs comprend des faits en tout analogues à ceux qui figurent dans l'histoire des maladies héréditaires en général. L'hérédité directe et similaire du cancer, quoique plus rare qu'on l'a cru, n'est pas douteuse; on peut même voir l'hérédité directe, similaire et homotopique, en particulier dans l'histoire des tumeurs du sein, mais aussi pour d'autres tumeurs qui indiquent tout aussi bien l'existence d'une malformation histologique locale héréditaire. Feinstein a cité des cas multiples de gliome de la rétine dans une même famille. Plus souvent on retrouve l'hérédité collatérale, l'hérédité hétérotopique et l'hérédité dissemblable. Si un même sujet peut présenter plusieurs tumeurs de la même nature (chondromes, fibromes, lipomes, etc.), souvent aussi un même individu peut porter ds tumeurs différentes, et dans la descendance on peut voir des tumeurs malignes succéder à des tumeurs bénignes.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut voir plusieurs tumeurs de nature différente sur un même organe.

L'existence de tumeurs cancéreuses multiples primitives est admise par nombre d'auteurs et prouvée par la différenciation des espèces cellulaires de chaque néoplasme.

Si les tumeurs multiples primitives peuvent servir d'argument à l'origine développementale, il en est de même des tumeurs qui apparaissent chez les jeunes sujets et surtout des tumeurs congénitales. Féré cite la coïncidence des tumeurs, des névropathies et de l'arthritisme. De nombreux faits en font foi et montrent qu'elles se trouvent ainsi unies par un lien indirect à la tératologie.

L'auteur, après avoir rappelé que l'hérédité similiaire et homotopique du cancer peut être citée à l'appui de la probabilité d'une malformation locale, signale de nombreuses observations, mentionnant des faits du même genre se rapportant à d'autres tumeurs et il en conclut que, si on peut accepter que la prédisposition aux tumeurs est liée à une anomalie de développement, toutefois la nature de l'anomalie ne peut guère être précisée. Pour les tumeurs composées de tissus normaux multiples et contenant surtout des débris d'organes, l'inclusion fœtale est l'explication la plus plausible; pour les tumeurs constituées par des tissus normaux, on peut admettre la persistance de cellules embryonnaires qui évoluent tardivement; quant aux tumeurs constituées par des tissus anormaux, elles peuvent être dues à l'évolution

anormale des éléments d'une inclusion ou d'éléments embryonnaires persistants (Cohnhein), d'une monstrusité du développement cellulaire (Bard), ou encore d'une dégénérescence de tissus anormalement développés ; cette dernière interprétation a pour elle la dégénérescence des tumeurs développementales de la peau et des organes en ectopie ou anormaux morphologiquement.

Les faits relatifs à l'évolution ultérieure de débris d'organes embryonnaires signalées par Malassez, Tourneux et Hermann, etc., peuvent être cités à l'appui de la théorie de l'origine embryonnaire des tumeurs et de la théorie tératologique de l'hérédité des tumeurs et de leurs connexions familiales avec les maladies à prédisposition congénitale.

Le déciduome qui résulte de la persistance de villosités choriales dans l'utérus où elles vivent en parasites, offre un exemple du rapport qui existe entre la nutrition insuffisante d'un tissu et la multiplication d'éléments susceptibles de constituer une tumeur avec tendance à la généralisation. Plusieurs auteurs, d'ailleurs, ont signalé la relation étroite qui existe entre le deciduome malin et la mole hydatiforme que Dareste, avec quelque apparence de raison, considère comme une forme de monstruosité qu'on rencontre assez fréquemment dans l'œuf de poule, le blastoderme sans embryon. En général, le déciduome est en rapport avec une grossesse anormale.

S. Dubois. — *De la transmission du cancer humain à l'animal. Sérothérapie du cancer.* (Bulletin méd., 26 août 1896, 813).

Dubois a tenté de provoquer chez l'animal une réaction locale suffisante pour permettre de supposer que l'organisme de l'animal a été influencé par les éléments cancéreux inoculés. Il s'est servi, pour ces inoculations, de fragments cancéreux, broyés et injectés dans le tissu cellulaire. Il a obtenu plusieurs tumeurs dont la plus grosse pesait 570 grammes.

Trois cas ont été traités par le sérum : un cancer du rein non ulcéré, où une guérison à peu près complète a été obtenue en quarante-cinq jours de traitement. La tumeur s'est atrophiée et transformée en un petit nodule fibreux ; le deuxième cas, un épithélioma du front, a diminué et s'est affaissé en trente-cinq jours. Dans ces deux cas, 2 à 5 centim. cubes de sérum ont été injectés tous les trois jours dans le voisinage de la tumeur; on injecta aussi dans la tumeur, et à sa périphérie, quelques gouttes d'alcool légèrement iodé. Le troisième cas, une récidive d'épithélioma de la lèvre supérieure, très ulcéré et fongueux, ne présenta, après deux ou trois jours, qu'un arrêt dans sa marche, mais aucune tendance à la guérison.

Le sérum semble amener la guérison par transformation fibreuse.

Son action est d'autant plus certaine qu'il est employé plus tôt. Son emploi ne paraît présenter de dangers qu'en cas de lésions étendues.

J. Lartschneider. — *Contribution à la sérumthérapie du cancer.* (Wien. Kl. Woch. Médec. mod., 5 septembre 1896, 570).

Relation de six malades traités par le sérum d'Emmerich-Scholl, 3 cancers du sein; 1 épithélioma de la lèvre; 1 carcinome inopérable de la cuisse ; 1 lymphosarcome multiple. Les injections faites dans la tumeur et au voisinage ont été portées jusqu'à la dose maxima de 8 centimètres cubes et ont donné lieu à des phénomènes réactionnels sérieux. Elles ont dû être abandonnées dans l'épithélioma de la lèvre, par crainte d'œdème de la glotte, et dans le sarcome de la cuisse, à cause des douleurs provoquées. Dans les carcinomes, le résultat a été nul : dans le lymphosarcome il y a eu diminution de la tumeur; mais on sait que cette diminution peut être spontanée.

Lauwers. — *Des résultats définitifs des opérations pour cancer.* (Presse méd. belge, 1896, 48, 217).

Sur 150 cancéreux, opérés depuis près de deux ans, 37, c'est-à-dire à peu près 25 °/₀, sont encore aujourd'hui bien portants.

Les cancers, opérés et guéris depuis plus de deux ans, se répartissent de la manière suivante : seize épithéliomes cutanés, dont six avec engorgement ganglionnaire; onze cancers du sein ; quatre cancers du col et un cancer du corps de l'utérus ; un cancer de l'ovaire ; un cancer de la langue ; deux cancers de la verge, et un cancer du rectum.

La fréquence des récidives après les opérations de cancer est due à deux grandes causes : les opérations ne sont pas pratiquées assez largement, et les malades atteints de cancer s'adressent trop tard aux chirurgiens.

Tous les cancers, même les plus malins, sont radicalement curables par une opération large et précoce. Il faut dépasser largement les limites du mal.

C'est ainsi qu'en se basant sur la constitution du réseau lymphatique du sein, Lauwers dit que, pour enlever radicalement un cancer, même peu avancé, du sein, il faut exciser la glande mammaire, le mamelon, *toute la peau* qui recouvre la saillie mammaire, l'*aponévrose pectorale*, tout le tissu cellulaire dans lequel cheminent les gros vaisseaux lymphatiques, le tissu cellulo-graisseux de l'aisselle avec les ganglions qu'il renferme et même les ganglions du creux sous-claviculaire.

Lauwers est convaincu que si une étude minutieuse des vaisseaux lymphatiques était faite pour toutes les variétés de cancer, la fréquence de la récidive s'abaisserait d'emblée.

Du Castel. — *Traitement des épithéliomes et en particulier des épithéliomes de la face par les applications de bleu de méthylène.* (Bull. méd., 15 nov. 1896, 1104).

Du Castel a employé ce traitement avec succès, appliqué suivant

la méthode de Darier, consistant en attouchements avec la solution de bleu de méthyle (1 gr. pour alcool et glycérine aà 5 gr.) suivis d'attouchements avec une solution aqueuse d'acide chromique au cinquième et de l'application de compresses de sublimé. Toutefois dans les derniers temps il a ainsi modifié cette méthode. Les pansements ne sont faits que tous les huit jours : l'application de bleu de méthylène et d'acide chromique est suivie d'un badigeonnage de collodion. Les résultats sont aussi bons qu'avec le pansement humide et l'application est de beaucoup facilitée. Quand, au bout d'un certain temps (ce qui arrive chez quelques malades), les effets utiles de la méthode paraissent épuisés, on a recours à des pansements au naphtol camphré. En alternant les deux procédés, on arrive à obtenir dans ces cas la guérison.

La méthode agit dans les formes superficielles surtout : les tubes d'épithéliome pavimenteux doivent être accessibles à l'action du bleu de méthylène ; il arrive quelquefois que, microscopiquement, une tumeur s'annonce bénigne, alors que le microscope permet de reconnaître que le néoplasme a envahi, à une grande distance de l'ulcération centrale, des parties de la peau paraissant saines.

Ces récidives sont fréquentes, comme avec les autres méthodes : dans les cas incurables, la méthode ralentit considérablement la marche de l'affection ; elle est inoffensive, d'application facile, et est capable de soulager dans une grande mesure les cas inopérables.

F. Ghinéau.— *Chlorate de potasse contre le cancroïde.* (Le Scalpel, 8 nov. 1896, 124).

Homme de 63 ans, portant à la lèvre inférieure une tumeur indurée, douloureuse et ulcérée : elle s'étendait de la commissure labiale gauche à la ligne médiane et laissait suinter une espèce de bouillie caséeuse analogue à du pus. Le début de cette tumeur remontait à deux ans. Très léger engorgement des ganglions du cou. Traitement par une cautérisation profonde au thermo-cautère, des applications d'une solusion de chlorure de potasse à 10 °/₀ répétées quatre ou cinq fois par jour et, dans l'intervalle, de poudre de chlorate de potasse. Administration du même sel à l'intérieur à la dose quotidienne de 1 gr. 50. Après deux mois de ce traitement, disparition complète de l'induration et cicatrisation de l'ulcération.

L'auteur rapporte ce fait comme un cas de guérison de cancroïde par le chlorate de potasse intra et extra. Le diagnostic de ces tumeurs présente parfois de notables difficultés et, à la lecture de cette observation, deux particularités attirent surtout l'attention : Premièrement la nature de la secrétion (bouillie caséeuse analogue à du pus) ; deuxièmement l'absence d'engorgement des ganglions sus-hyoïdiens et sous-maxillaires après une durée du mal de deux années au moins.

Van Imschoot.— *Enchondrome sarcomatode de l'annulaire gauche.* (Ann. Soc. belge chir., 15 oct. 1896, 183).

Femme de 66 ans. Chute sur la main à l'âge de 16 ans. Dans la suite petite nodosité sur la face dorsale de l'annulaire vers la racine de l'ongle. Etat stationnaire jusque dans ces derniers temps et accroissement rapide en quelques mois.

Actuellement l'annulaire a la forme d'une massue. La tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, est irrégulière, bosselée, bourgeonnante, ulcérée, partie dure, partie molle, immobile. L'ongle est déjeté en dedans. Désarticulation de l'annulaire. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un enchondrome sarcomatode.

Thèses et Brochures.

Beretta. — *La sérothérapie dans les néoplasmes.* (Thèse de Paris, 1896, n° 533).

Etude consacrée à l'exposition des travaux sérothérapiques entrepris en vue de guérir les néoplasmes. L'auteur montre que ce traitement n'a encore apporté aucune guérison véritable ; mais c'est un moyen palliatif qui combat avec avantage certains symptômes, tels que les douleurs et les œdèmes hémorragiques. Il semble avoir quelque action sur le volume des tumeurs qui diminue et surtout sur l'état général qu'il relève.

Il est donc indiqué de le mettre en pratique dans les cas où l'on peut espérer que, par son action, il rendra un jour l'opération possible, et dans les cas inopérables, puisqu'il détermine assez souvent quelque amélioration.

A. Bert. — *Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage.* (Thèse de Lyon, 1896).

Excellent travail que l'auteur termine par les conclusions suivantes :

L'œsophagotomie appliquée au traitement des néoplasmes du tiers supérieur de l'œsophage est une intervention sérieuse mais parfaitement légitimée, puisqu'il s'agit d'une tentative de traitement curateur.

Dans le cas où la lésion n'est plus limitée à l'œsophage, le traitement palliatif nous paraît préférable, l'extirpation nécessitant, dans ces cas, des délabrements immenses tout en étant forcément incomplète.

Dans le traitement palliatif, l'intervention n'est indiquée que si le malade ne s'alimente plus suffisamment de lui-même. Lorsqu'il avale encore un minimum de trois litres de lait par vingt-quatre heures (Bouveret), on se bornera à le surveiller, car, quel que soit le procédé de traitement que l'on applique, on mettra toujours le malade au point de vue de tout son bien-être, dans une situation inférieure à celle

dont il jouit encore pour ne lui offrir que des chances de survie très limitées. Ceci nous paraît exclure toute idée de traitement préventif.

Les procédés de traitement palliatif les meilleurs sont ceux qui se rapprochent le plus des conditions physiologiques, tout en étant les moins dangereux. Aussi préférons-nous la sonde à demeure à la gastrostomie, réservant celle-ci pour les cas où le traitement précédent est inapplicable.

La gastrostomie est le seul traitement des rétrécissements infranchissables. C'est une opération de nécessité ayant réalisé dans ces dernières années des progrès énormes.

On remarquera qu'il n'est fait ici aucune mention du tubage. De tous les procédés, c'est celui qui donne incontestablement le plus de bien-être au malade. Malheureusement nos tentatives de traitement par ce procédé nous ont fourni des résultats éloignés trop contradictoires pour que nous puissions dès aujourd'hui en tirer des conclusions.

P. Bensa. — *De l'extirpation totale de la vessie pour cancer.* (Thèse de Paris, n° 507, 1896).

L'historique de cette opération tient en quelques lignes, puisqu'elle a été pratiquée pour la première fois en 1887 par Bardenheuer. Depuis cette époque Pawlich, Kuster, Kummel, Kowenski et Albarran en ont publié chacun une observation, soit en tout 6 cas, dont 2 chez l'homme et 4 chez la femme avec 2 succès chez cette dernière.

L'auteur, en s'appuyant sur les nombreuses expériences pratiquées chez les animaux et sur les cas de Sonnenburg dans le traitement de l'exstrophie vésicale, estime que l'extirpation de la vessie est une opération physiologiquement permise.

Elle est indiquée dans les cas de tumeurs malignes volumineuses siégeant au col ou occupant une grande étendue des parois vésicales et dans les cas de tumeurs malignes ou bénignes multiples et de tumeurs qui infiltrent les parois dans une grande étendue. Cette extirpation devra être pratiquée le plus tôt possible, alors qu'il n'y a ni infection vésicale, ni altération des reins, ni mauvais état général. Au contraire, l'opération est contre indiquée, quand il existe une complication alarmante, une propagation ganglionnaire ou de voisinage du néoplasme, des fistules néoplasiques et chez les vieillards, dont la résistance est peu considérable.

Bensa expose ensuite les procédés opératoires applicables en pareil cas, et, après avoir décrit minutieusement les différents temps du manuel opératoire, il donne comme procédé de choix : la taille hypogastrique avec symphyséotomie, extirpation totale par hémisection, greffe des uretères et cathétérisme permanent de ces conduits.

L. Legrand. — *Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale.* (Thèse de Paris, n° 53, 1896).

L'auteur, dans ce travail, a insisté sur les points suivants, qu'il a ainsi résumés :

La leucoplasie développée chez les anciens syphilitiques doit, au même titre que le tabes et la paralysie générale d'origine spécifique être considérée comme une affection parasyphilitique.

Le traitement spécifique est non-seulement inefficace mais nuisible et dangereux.

Le seul traitement qui puisse mettre le malade à l'abri de la dégénérescence épithéliomateuse est le traitement chirurgical précoce, car le médecin ne doit jamais oublier que la leucoplasie dégénère fréquemment en cancer. »

Avant d'en arriver au traitement chirurgical, on a conseillé divers traitements locaux. Les uns et les autres n'ont jamais donné que des améliorations momentanées ; aussi la dernière conclusion de l'auteur paraît-elle justifiée. Toutefois nous croyons devoir rappeler que le Dr Jocqs a communiqué à la Société médicale du IXme arrnt (séance du 21 mai 1896) l'observation d'un syphilitique, dont une plaque lisse de la langue a complètement disparu par des attouchements de bleu de méthyle en solution au 20me.

A. Virely. — *Contribution à l'étude du cancer de la verge.* (Thèse de Paris, n° 463, 1896).

A part quelques faits, le cancer de la verge ne s'observe que chez les sujets qui ont atteint ou dépassé l'âge de 50 ans. Les traumatismes, les lésions irritatives antérieures et le phimosis semblent pouvoir être invoqués avec quelque raison comme agents prédisposant à son développement.

L'affection débute le plus souvent par le gland et l'extrémité antérieure du prépuce. Il y a lieu de distinguer ce mode de début de celui qui intéresse tout d'abord l'extrémité antérieure de l'urètre, variété antérieure du cancer de l'urètre plus rare que la variété bulbaire, dont Wassermann a fait le sujet d'une thèse récente. *(Voir Rev. des Mal. Cancér., T. I, p. 198 1895-96).*

Après avoir rappelé les symptômes bien connus du néoplasme, l'engorgement des ganglions de l'aîne et les complications, Virely insiste, dans le diagnostic, sur la difficulté de le distinguer parfois des gommes syphilitiques (Fournier, Verneuil, Ozenne), et, à propos du pronostic, sur l'absence de récidive possible, ainsi qu'en témoignent quelques observations.

L'amputation partielle par la méthode en raquette ou totale de l'organe avec extirpation des ganglions dégénérés est le seul traitement à mettre en pratique.

G. Herlement. — *De l'adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le carcinome de la prostate.* (Thèse de Lille, n° 147, 1896).

Cette étude, qui ne renferme qu'une seule observation, communi-

quée par Carlier (*En voir plus haut le résumé, page 112*) a pour but de montrer que le carcinome de la prostate peut donner lieu à une dégénérescence cancéreuse des ganglions cervicaux, ainsi qu'on l'observe dans certains cancers viscéraux. L'existence de cette adénite peut être utile pour asseoir un diagnostic douteux et pour renseigner sur la nature et l'évolution du néoplasme, les adénopathies cervicales précoces, dans les cas de cancers viscéraux, ayant été principalement notées avec des encéphaloïdes à marche rapide.

E. Champion. — *Traitement palliatif du cancer utérin inopérable.* (Thèse de Paris, n° 10, 1896).

Si quelques succès prolongés autorisent les chirurgiens à défendre l'extirpation totale de l'utérus, en cas de cancer peu avancé (*Voir Thèse de Lairé : Rev. des mal. cancér., t. II, p. 58, 1896-97*), on sait qu'il devient inopérable chez les quatre cinquièmes des femmes qui se présentent à la consultation par suite de l'extension des lésions. En pareille circonstance le traitement palliatif est seul praticable ; c'est encore à lui qu'il faudra avoir recours contre les récidives opératoires.

Après avoir passé en revue les diverses injections (acide arsénieux, acide acétique, couleurs d'aniline, acide salicylique, alcool) et discuté leur valeur, Champion insiste avec raison sur les bons résultats que donnent l'exérèse partielle et le curettage associés aux pansements antiseptiques. Disparition des hémorragies et atténuation des douleurs et de l'ichor fétide, tels sont les principaux résultats obtenus plus sûrement qu'avec les caustiques, dont l'application n'est pas toujours exempte de dangers.

Les indications symptomatiques dans la mise en pratique des moyens palliatifs doivent, d'ailleurs, varier, comme Champion a soin d'y insister, selon que l'on a à combattre des accidents locaux, des phénomènes de voisinage ou des accidents à distance. L'auteur étudie ainsi en détail les complications qui peuvent apparaître dans l'évolution du cancer et indique de quelle façon on doit y remédier autant que faire se peut.

J. C. Julien. — *Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate.* (Thèse de Paris, 1895, n° 466).

Contrairement à l'opinion soutenue dans sa thèse par Labadie (*Voir Rev. des mal. cancér., t. I, p. 197, 1895-96*), Julien estime que le cancer de la prostate est une affection relativement fréquente. Ce néoplasme, qui est le plus souvent primitif, se rencontre de préférence entre 60 et 70 ans. Aucune cause prédisposante ne paraît nettement établie.

Deux variétés, au point de vue anatomo pathologique, ont surtout été rencontrées, le carcinome, de beaucoup le plus fréquent, et le sarcome chez les jeunes sujets. Cliniquement ce néoplasme évolue

tantôt rapidement (carcinome prostato-pelvienne diffuse), tantôt lentement S'il est rare d'observer l'envahissement des organes voisins, par contre on rencontre assez fréquemment des métastases osseuses et des noyaux secondaires dans les viscères et dans les parties molles.

Maladie à début insidieux, elle détermine plus tard des hématuries, plus ou moins abondantes, apparaissant généralement sans douleurs mais n'ayant pas la valeur séméiologique des hématuries des néoplasmes vécicaux. Puis l'on voit survenir des symptômes divers, suivant que l'on a affaire à la forme vésicale (troubles urinaires variés) ou à la forme rectale L'examen direct et la palpation abdominale permettront de sentir le volume, la consistance, l'état morbide, en un mot, de la prostate et de poser un diagnostic complet, ce qu'il est ordinairement difficile de faire dans les premiers mois de l'affection.

Sa durée n'a rien de fixe ; son évolution, qui oscille entre plusieurs mois et plusieurs années, dépend de la nature du néoplasme et de l'âge du sujet. Jusqu'alors les tentatives de traitement curatif ont été suivies de résultats définitifs déplorables ; aussi l'auteur pense-t-il que le traitement palliatif doit seul être conseillé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1896.

Appareil de la locomotion

ALLINGHAM (H.). Tumeur maligne du maxill. sup. (Méd. Mod., 2 sept., 560). — BERGER. Ostéosarcome du tibia (Clin. hôp. Pitié). — COLE (G.B.L.). A Case of osteo-mycochondro-sarcoma. (Maryland M. J. Balt., XXXV, 271). — EPSTEIN (J.). The blood in a case of metastatic C... of the bone. (Zets. f. Klin. Méd., Bd XXX, H, 1). — FOLINEA (F.). Osteosarcoma del capo dell' omero ; disarticolazione nel braccio. (Arch. int. de méd. chir., Napoli, XII, 41). — GUIBAL et DANEL. C... métast. du fémur. (J. Sc. Méd. Lille, 17 oct., 379). — HOGG. (G. H.). Sarcoma of the base of the skall. (Austr. M. Gaz. Sydney, XV, 282). — HORAI (N.). A case of angeloid sarcoma of the patella. (Sei-t-Kirai M. J Tokejo, XV, 37), — KIRCHNER. Sarcome de l'apoph. mastoïde. (Rev. int d. Rhin). — KNAPP. Ostéosarcome de l'arcade sourcilière. (Soc. am. d'opht. New. Lond., Juillet). — LEJARS. Résection dans les ostéosarcomes des membres. (X[e] Cong. franç. chir. Par., oct.). — PARK (R.) Osteosarcoma of scapula Med. News N.-Y. LXVIII, 52). — PARISOT. Sarcome du maxill. sup. (J. Sc. M. Lille, 5 sept , 228) — PONCET. Sarcome actinomycosique du maxill. sup. (Lyon Méd., LXXXII, 13). — RITCHIE (J.). General secondary C... of the bone. (Edimb. M. J., sept.). — ROBINSON. C... du maxill. sup. traité par l'extrait de chélidoine (Soc. thérap. Par., oct., 28). — SCHOONOVER (W. E.). Epithe-

lioma of the lip. with of the inf. maxilla (Clin. Chicago, XVII, 247). — Warren (J. C.). A case of total excision of the scapula for sarcoma (Boston M. S. J., CXXXIV, 511).

Appareil de l'innervation

Barette. Sarcome nevrog. de l'encéphale (Soc. Chir. Par., 4 nov.). — Busch (Ch.). Ein Fall von angsgebreiteter sarkomatose, etc. (Deut. Zeit. f. Nervenheilk, IX, 1-2). — d'Alloco. Tumeurs des centres nerveux (Rif. Med. Nap., XII, 51). — Hall (A. G.). Tumeur du cerveau (Med. Press. Lond., N. S., LXI, 497). — Krœmlein. Traité Chirurg. des tumeurs du cerveau. (Bert. z. kl. chir., XI, 1). — Labbé (M.). Deux cas de gliome cérébral (Soc. anat. Par., oct., 702). — Luckermann. Tumeurs du cerveau (Neur. Cent., mars, 1). — Mills. Diag. des tumeurs intra-crâniennes (Univ. M. Mag. Phil., VIII, 413). — Negro (C.). Tumeur du cerveau diagnostiquée pendant la vie (Bul. d. Policl. Torino, I, 3-9). — Norris (W.). Symptômes des tumeurs intra-crâniennes (Univ. M. Mag. Phil., VIII, 398). — Parisot. Tumeur cérébrale et épilepsie (Rev. M. Est, 1er nov., 684). — Porges (R.). C... des ventricules (Wien. M. Woch., août, 29). — Schule (A.). C... des ventricules (Munsch. Med. Woch., sept., 15). — Seydel. Trait. chir. des tumeurs intra-crâniennes (C. f. Chir , 28 mars). — Vorotinsky. Tumeur du pont de Varole (Gaz. hebd. Par , 1er oct., 946).

Appareil des sens spéciaux.

Abelsdorff (G.). C... de l'œil (Arch. f. Angenb. Wiesh., XXXIII, 34). — Antonelli. Sarcome choroïdien à évolution lente (Soc. fr. opht. Par., 13 oct.). — Brigidi (V.). Anatomie pathologique d'un sarcome de la peau (Morgagni, Milano. XXXVIII, 184). — Bull (G. S.). Marche des tumeurs malignes de l'orbite (Soc. am. opht. New. Lond , juillet). — Buller (E). Sarcoma choroïd (Th. am. opht. Hartfort, VII, 374). — Cabannes. Tumeur de l'angle int. de l'œil (Gaz. hebd. Par , 14 juin, 570). — Denker (A.). Epithélioma du cartilage de l'oreille (Arch. otol. N. Y., XXV, 146). — Dor (L.). Epithélioma du cartilage tarse de la paupière sup. (Lyon Méd., 316). — Fage. Sarcome de la paupière inf. (Bull. Méd. Par., 6 décembre, 1173). — Filarétopoulo. Trait' radical de l'épithélioma cutané (Rev. Mal. Canc. Par.. I, 230) — Gorecki. Sarcome choroïdien à évolution lente (Soc. fr. opht. Par., 13 oct). — Grigg (T. A.). Obstruction lacrymal from epithelioma (Med. sentinel. Portland Oreg., IV, 290). — Guibert. Sarcome mélan. de la paupière (Rec. opht. Par., sept.). — Hinschberg. C... encéph. de la face postérieure de l'iris (Soc. opht. Heidelh., 6 août) — Krosnobœff. C... du nez chez un enfant de 12 ans (Moscou). — Palmer. Trait' de l'épithélioma de la face (Med. Rec. N. Y., I, 50). — Perrin (L.). Sarcome cutané généralisé (Marseille Med., XXXIII, 353). — Petrini. Sarcomatose cutanée multiple (Presa M. Romany, 25 sept.). — Prume (J.). Epithélioma de la face (La Clin. Montréal, sept.). — Rochon-Duvignaud. Sarcome choroïdien (Soc. f. opht. Par., 13 oct.). — Rorovine (J.). C... multiple de

la peau (Wrat., St-Pétersb.). — Schulin (C.). Melanosarcoma of the choroïd (Med. Sent. Portland oreg., IV, 237). — Steiner. Cancroïde de la cornée (C. f. angenh., mars). — Vieden. Sérum d'Emmerich. Scholl et formol dans les tumeurs de l'œil (Soc. opht. Heidelb., août). — Vignes. Sarcome choroïdien (Soc. opht. Par., 13 oct.). — Werther (F.). Sarcome de l'iris (Arch. f. angenb. Wiesh., XXXII, 297).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Bawbarn (R. H.). Sarcome du naso-pharynx traité par les toxines de l'érysipèle (Am. Surg. Phil. XXIV, 44). — Beck (C.). C... of the tongue (Clin. Rec. N. Y, 1, 8). — Bert. Trait. des rétrécissements C... de l'œsophage (Thèse Lyon). — Bolde (R.). Sarcome du voile du palais traité par l'arsenic (J. Méd. Bordeaux, 6 septembre, 396). — Castellino Pulsations laryngo-trachéales dans le C... de l'œsophage (7me Cong. Soc. ital. Rome, oct). — Drozdowki (P. J.). C... de l'œsophage, perforation de l'aorte (Russk. Arch. Path. St-Pétersb., I, 557). — Frarier. C... de la langue (Lyon Méd. 26 mars). — Hamilton (T. T.). Epithélioma de l'œsophage (Austral. M. gaz. Sydney, XV, 232). — Herzfeld. C... du pharynx (Soc. de Méd. berl., 8 juill.). — Hoadley. New treat for epithelioma of the lip. (Chir. M. Rec. X, 394). — Hubbard (T.). Epithélioma de la bouche et injection de liqueur de potasse (N. York M. J. LXIV, 361). — Hutchinson (J.). C.. of the tongue (Arch. Surg. Lond. VII, 284). — Jacobson (W. H.). Epithélioma of the tongue (Clin. J. Lond. VIII. 87). — Le Dentu. Epithélioma leucoplasique (10me Cong. f. Chir. Par., 19 oct.). — Mac Cornac. C... of the tongue (Clin. J. Lond. VIII, 289). — Passler (H.). Ucher das primare C... der Lunge (Arch. f. path. Berl. 191). — Tapie. Leucoplasie linguale et épithélioma (Arch. M. Toulouse, 97). — Varnier. Epithélioma de la langue (Thèse, Montpellier).

2° Partie sous diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Adler. Trait. du C... du rectum (Univ. M. Mag. Phil. VIII, 860). — Allingham (H. W.). Trait. du C... du rectum (Lancet. Lond. I, 1133). — Anders. C... aigu de l'estomac (Méd. Bull. Phil. XVIII, 121). — Baillet. C .. primitif du duodénum (Soc. An. Par., 31 oct.). — Bertherand. C... de l'intestin (Soc. Anat. Par., 20 nov.). — Bœckel (J.). Procédé sacro-iliaque des C... du rectum (Soc. Chir. Par. 28 oct.). — Bazy, C... de l'estomac (Soc. Chir. P. 613). — Burney (C.). Sarcome de l'intestin et résection (Ann. Surg. Phil., 441, XXII). — Carolis (A.). C... de l'estomac (Raccogl. Méd. Forli, XXI, 413). — Castaigne. C... du pylore et du duodénum (Soc. Anat. Par, 6 nov.). — Chaput. C... de l'estomac et pylorectomie (X° Cong. f. Chir. Par. oct.). — Collignon. Contre-indication du lavage de l'estomac C... (Union Méd. N-Est, XX, 190). — Dello C... du rectum (Cran. Méd. Lima, XIII, 134). — Depage. C... du rectum (X° Cong. f. ch. Par., oct.). — Despeignes. C... de l'estomac traité par les

rayons de Roentgen (Lyon Méd. LXXXII, 428). — Dubois (V.). Tumeur du pylore, gastro-entérostomie (Ann. Soc. Belge. Chir., 1er août, 79). — Gruneberg. Zur Casuistik der Mesenterial Geschwülste (Deutsc. M. Woch. Berl, XXII, 376). — Hammerschlag. Untersnchungen über das Magencarcinoma (Arch. f. Verdun. Berl. II, 198). — Hartley. Sarcome de l'estomac (Ann. Surg. Phil. XXIII, 609). — Hirtz et Lesné Epilhélioma généralisé aux parois de l'estomac (Méd. Mod. Par., VII, 401). — Homans. Sarcome du cœcum (Ann Surg. Phil., XXIV, 42) — Huber (A). Zur diagnose des Magencarcinoms. (Corr· Bl. f Schw. aerzte, 15 sept.). — Jones. Diagnostic du C... de l'estomac (Med. News., 29 fév.). — Keetley. Deux cas de résection de l'intestin C... (Lancet, 25 juillet). — Koenig. Gastro-entérostomie pour C... de l'estomac (Berlin). — Krompetzky. Lymphosarcome du mésentère (Généd. St-Pétersb., n° 25, 381) — Lambotte (A.). De la gastro-entérostomie (Ann Soc. Belge Chir., 15 oct. 173). — Le Dentu· Diagnostic et trait. du C... du rectum (Rev. Gen. Clin. Par , XI, 497). — Letulle. C... de l'estomac (Soc. anat. Par., 24 juill.). — Mahaut. Etat des fonctions gastriques après la gastro-entérostomie (Thèse, Lyon). — Marin-Perujo. Diagnostic du C... de l'estomac (Rev. d. M. Madrid, XXXIX, 81). — Mermet. Lymphosarcome de l'intestin (Soc Anat. Par., 27 nov.) — Patton (J.). C... de l'estomac (?) (Chic. Cein. Rev. V, 429). — Péan. Trait. chir. du C... de l'estomac (X° Cong. f. Chir. Par.. oct.). — Pearce Gould. Gastrotomie (Médec. Mod. 5 septembre). — Quénu. C... de l'estomac et pylorectomie (Soc. Chir. Par., XXI, 629. — Procédé sacro·iliaque pour l'extirpation du rectum C... (ibid. 23 oct.). — Rose (William). Colotomie inguinale pour C... du rectum (Londres) — Rosenheim. C... de l'estomac et gastro-entérostomie (Berlin). — Valeggia (E). C .. del retto estirpazione (Ref. Méd Napoli, XXI, 27. — Villems (Ch.). Reconstitution d'un sphincter après amputation du rectum. (Ann. Soc. Belge. Chir., 1er août, 100). — Williams. C .. du rectum et colostomie (Ann. Prac. News Louisville, XXII, 45).

3° Annexes de l'appareil de la digestion.

Bard. De la glycosurie dans le C... du pancréas (Ass. f. sc. Carth., 1re p., 222). — Bevan. C... primitif du pancréas (Phil. Hosp. Rep., 111, 62). — Blumer. Adéno-carcinome du pancréas (Jonhs Lople hosp. M. Soc., 3 fév.). — Dantz. C... du foie à foyers multiples (Soc. belg. d'an., 1re sem.). — Delkeskamp. C... primitif du foie (Thèse Fribourg). — Dominici. Tumeur de l'ampoule de Vater (Soc. anat. Paris, 27 oct). — Etienne (G.). Forme pyosepticémique du C... du canal cystique (Arch. gén. méd., sept.). — Griffon et Dartigues. Epithélioma du cholédoque (Soc. anat. Paris., 20 nov.). — Hennecart. C... primitif du foie (Ibid., 31 juill.). — Kanthack. Trois cas de tumeurs malignes du foie (St-Barth. Hosp. Rep., 31, 105). — Kelinak. Calculs biliaires et C... primitif de la vésicule (Practit., avr.). — Kuttner (H.). Die Geschuulste der submaxillar-spescheldrüse (Beit. z. klin. chir. Tübinz, XXI, 181). —

Lafay (L.). Epithélioma de la parotide (J. d. pharm., 1er juin). — Lapointe. C... primitif du foie (Soc. anat. Paris, 23 oct.). — Meloni (J.). C... du pancréas (Demer M. Times, XX, 442). — Mermet. Adéno-épithélioma kystique parotidien (Soc. anat. Paris, 13 nov.). — Render. C... de l'ampoule de Vater (Tr. et Reg. Phil., 511). — Robson. Excision d'une partie du foie pour C... (Rev. M. et Chir. Soc., 10 mars). — Segond. C... primitif du foie ; ablation (Soc. chir. Par., 2 déc.

Appareil de la circulation

Delassus. Deux cas d'adénopathie cervicale avec néoplasmes abdominaux (J. sc. m. Lille, 24 oct., 386). — Genersich (A.). Lymphosarcome (Budapest). — Leroux et Leslay. Sarcome secondaire du cœur (Soc. anat. Par., oct., 630). — Schrann (J.). C... du canal thoracique (Berl. klin. Woch., 26 oct.). — Unger (E.). Krels des ductus thoracicus (Arch. f. path., CXXV, 3).

Appareil de la respiration

Acerbi. Endothélioma des fosses nasales (Arch. ital. d. laryng., f. 3). — Adénot. C... du corps thyroïde (Xe Cong. f. chir. Par., oct.). — Banrowicz (A). C... pédiculé de l'épiglotte (Arch. f. laryng., vol. IV, n° 2). — Bosc (C.). Sarcoma of. lung. (St-Thom. H. rep. Lond., 23, 260). — Chapuis. Epithélioma du larynx (Soc. sc. m. Lyon, janv.). — Chauvain. Forme pleurétique du C... du poumon (Thèse Paris). — Depage. C... des cordes vocales (Soc. sc. m. Bruxelles). — Ebstein. (W.). Lungenbrand in Folge von primaren Lungenkreb (Ztschr. f. aerzte Francfort., 271). — Heidenhain. Lymphosarcome du thymus (Berl. klin. Woch., 5 oct.). — Kast et Kampel. C... métastatique de la plèvre (Path. anat. Taf... Hamb. Staats Monds. H. 13). — Mermet et Lacour. Epithélioma du corps thyroïde (Soc. anat. Par., 20 nov.). — Paviot et Gerest. Epithélioma du thymus (Arch. m. expér. Par. sept.). — Spencer (W.). C... du larynx (Méd. mod., 7 nov., 686). — C... sous-glottique (Ibid.). Taillefer. C... du corps thyroïde (Xe Cong. f. chir. Par., 21 oct.) — Volkowitch (N. C.). C... du larynx, résection (Vratch. St-Pétersb., n° 47, 1348). — Wodds (R.). C... du larynx ; excision (Méd. mod., 16 sept., 587).

Appareil de la sécrétion urinaire

Bartholomen. Sarcoma of. the Kidney (Chicago M. Rec., IX, 10). — Bellati (B.). Adéno-carcinome du rein droit (Arch. prov. chir. Par., V, 216). — Dufour. Intervention dans le cas de C... de la vessie (Clin. Brux., X, 161). Durando-Durante. Sarcome du rein chez un enfant (La Pediatria, 237). — Hektoen (L.). C... primitif de l'uretère (J. am. m. Ass. Chicago, XXVI, 1117). — Israel. Tumeur du bassinet (Méd. mod., 18 nov., 709). — Lopictoff (A.). Deux cas de sarcomes des glandes surrénales (St-Pétersb.). — Ramoina (G.). Anatomie patho-

logique des tumeurs du rein (Morgagni Milano, XXXVIII, 119). — Weinberg. Epithélioma du rein (Soc. anatom. Paris, 4 juillet). — Wenvorth (A. H.). Maliguant gronth in the Kidney (Arch. Pediat. N.-Y., XIII, 321).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

Carlier. Adénite C... sous-claviculaire dans le C... de la prostate (Ass. f. d'urol. Par., 27 oct.). — Desnos. C... de la prostate (X° Cong. f. chir. Par., oct.). — Dupraz. Sarcome de la prostate (Rev. m. Suisse rom., sept.). — Duquennoy. C... de la verge, amputation (Soc. anat. Lille). — Gowan (M). C... du testicule (South. Cal. Pruct. Loff. a., XI, 91). — Griffon... C... de la prostate (Soc. an. Par., 4 juill.). — Mathieu (Ch.). Histologie d'un testicule sarcomateux (Soc. de biol. Par., 14 nov.). — Rodman (W. L.). Epithélioma du pénis (J. Cutan. et génit. urin. Dis., XIV, 185). — Verhoogen (J.). Myxosarcome de la prostate (La policl. Brux., 1er mars, 487). — Virély (A.). Du C... de la verge (Thèse Paris).

2° Organes génitaux de la femme

Backer (J.) C .. de l'utérus (Orvosi. Letif. Budapest XL, 257). — Bellin. Môle hydatiforme et déciduome malin (Thèse Paris). — Bexman. — Accouchement et C... de l'utérus (Moscou IV, 15, 217). — Boryssowicz (T.) Opérations partielles dans le C... de l'utérus (Medicyna Warszatta XXIV, 422). — Bractz. Endothéliome du col utérin. (Arch. f. gyn. LII, I). — Braun. Des sarcomes en grappe du vagin et de l'utérus (Thèse Greisswuld)). — Champion. Trait. du C... utérin inopérable (Thèse Paris). — Chase (W. B.) Sarcome de l'utérus et des ovaires (Brock. gyn. Soc., 6 mars). — Clarke (A.). Tumeurs malignes de l'utérus et annexes (Am. journ. of. obstét. oct.). — Davenport. Tumeur maligne de l'utérus (Bost. M. J. 253). — D'Hotman de Villiers. Altérations épithéliales du col utérin (Cong. gyn. Genève). — Dor et Bérard. Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire (Gaz. hebd. Par. 4 oct., 949.) — Dranitsine. C... de l'utérus et hystérectomie (Gened. St-Pétersb. n° 9, 135). — Emanuel (R.). C... et sarcome de l'utérus (Zeitsch. f. geb. u. gynäk. Stuttg. XXXIV, I. — Folet. Fibrome du col utérin avec récidive sarcomateuse (Bull. Méd., Par., 473). — Fourmealx. Sarcome de l'ovaire (J. Sc., M. Lille, 10 oct., 355). — Furitano (G.). C... de l'utérus gravide (Kasseyna d'ostet... Napoli V, 21. — Gallet. C... et fibrome de l'utérus (Soc. belge d'anat. Brux.). — Harris (T.) C... des trompes (J. Brit. Lond. XVII, 227). — Jacobs. C... primitif du corps de l'utérus (Semaine gyn. 8 oct. 358). — Janvrin. Hystérectomie et C... de l'utérus (Med. New. Y. S. 48, 225). — Jasset. C... de l'utérus (Brit. gyn. J. Lond. XII, 2). — Lewers (A. H.). C... d. l'utérus (Obst. Soc. Lond., XXXVIII, 14). — Lloyd (J). Curabilité du C... de l'utérus (Birmingh. Med. Rev.,

XXXIX, 257). — Lunot. Trait. palliatif des C... de l'utérus (Méd. Mod. Par., 19 avril, 536). — Mackenrodt. Extirpation de l'utérus C... (Gaz. Méd. Par., 386. — Marocco (C.). C... initial de l'utérus (Soc. lancis. Roma, XV, 95). — Mixertchionz (M. G.). Deux cas de sarcomes des ovaires (St-Pétersb.). — Naumann. C... de l'utérus et du vagin (Hyg. Hock., 149). — Niedergall. Sarcome, carcinome, myome et polypes muqueux sur le même utérus (Gaz. Méd. Par., 30 mai). — Oulezko-Stroganow. Déciduome malin (Vratch St-Pétersb , n° 47, 1312). — Playfair (W. S.). C... de l'utérus gravide (Obst. Soc. Lond., XXXVIII, 198). — Rothrock (J. L.). Du C... de l'utérus (Nortwest Lancet St-Paul, XVI, 223). Sinclair (W. J.). Grossesse et C... de l'utérus (Med. chronicle, mai). — Smith (A.). Adénome malin des glandes du col utérin (Soc. gyn. brit.). — Smith (A. L.). De l'avenir du C... de l'utérus (Maret. M. New Halifax, VIII, 213). — Summers. Opérations types pour C... de l'utérus (Med. Herald St. Jh., XV, 59). — Swagne (W.). Déciduome malin (Brit. M. Chir. J., 168). — Tchop (G.). C... de l'utérus (Yuzlime-russk. M. Gaz. Odessa, V, 73). — Vanverts (T.). Epithélioma polykystique de l'ovaire (Soc. anat. Par., juill., 562).— Wathen (W. H.). C... de l'utérus (Louisville M. Month., III, 123). — Zangemeister. Des sarcomes de l'ovaire (Beitr. z. klin. chir., XVI, 2).

3° Annexes de l'appareil de la génération

Arnoldt (W.). Operative Erfolge bei C... mammal (Thèse de Halle). — Burney (Mc.). Operat. Treatment of. C... of the breast (Ann. Surg. Phila., XXIII, 607). — Crockett (S.). C... of the breast, (Med. Surg. Rep. Phila , 392). — Entz (J. J.). Sarcoma of the breast (Intern. J. Surg. N.-Y., IX, 100). — Jœrss (K.). De l'extirpation de la mamelle C... (Deut. Zeit. f. chir , XLIV, 1). — Mencière. Epithélioma canaliculaire du sein (J. M. Bordeaux, 9 août, 362). — Rodman (W.). Trait. opératoire des tumeurs de la mamelle (Med. Rec., 29 fév.). — Sengensse. C... du sein chez l'homme (Ann. Policl., Bordeaux, IV, 278). — Smith (I). On C... of. the female breast (Lancet, Lond., II, 374). — Thompson (W.). C .. of the breast (Med. Dress. f. c. Lond., 61, 595). — Thorne (W.). Amputation d'un C... de la mamelle (Pacific. M. J., juill.). — Welford. The treat t. of. mammary C... (Ontario Med. Ass. Windsor., june 3).

Généralités

Armsby, A little experience With pyoktanin in C... (M. Red. Saint Louis, 34, 3.) — Atkinson (A.). A metohd of treating C... (N.-Y. Med. J. 17 oct. — Bloodgood. Generalized melatonic sarcoma John hopk hosp. M. Soc. 3 fév). — Bullitt (I).Sarcome de la cavité abdominale (Cincin. M. J. XI, 473). — Butlin. C .... de l'avant-bras. (Soc. path. London, 5 nov.) — Carbone (T.) Etude clinique du sarcome (Gior. d. acc. di Med. Torino, XLIV, 298). — Castelli (A.). Sul potere emolitico della tossina cancer-

rigna (Rif. med. sept. 14). — Cipollone (L.). Structure de certains sarcomes mélaniques (Am. di M. nov. Roma II, 431). — Clarke (G.). Des tumeurs de la tête chez l'enfant (Clin. J. Lond. VIII, 94). — Cordes (H.). De la généralisation du C. .. (arch. f. path anat. CXLLV, 2). — Cornil (E.). Dégénérescence des cellules dans les tumeurs épithéliales (Arch. sc. m. Bucarest. I, 121). — Craig (Ch.). Origine parasitaire du C.... (Of toe Connect. M. Soc. — Debaisieux. De l'infection c.... aiguë (Ann. Soc. belge chir., 15 août, 145) — Debersaques (C.). Étiologie du C... (ibid. 151). — Delore (X.). Épithélioma sébacé primitif de la fesse (Lyon méd. 16). — Dubois. De la sérothérapie du C.... (Gaz. med. Paris, 29 août). — Dubois. De la transmission du C.... humain (Cong. fr. méd. Nancy, 6 août). — Du Castel. Traitement des épithéliomas par le bleu de méthyle (Soc. thérap. Paris, 11 nov.). — Ebermann (A. A.). Des tumeurs mélaniques (Deut. Ztschs. f. chir. Leipz. XLIII, 498). — Echevin. De l'épithélioma des doigts (Thèse de Lille). — Forland (Mc). Tumeurs dermoïdes (Med. News. 18 avril) — Féré (Ch.). La parenté morbide des tumeurs (J. Conn. méd. Par. 29 oct., 355).—Field. Étude des tumeurs malignes (Tr. ch. path. Soc. I, 10).—Fisk (A. L.). Sarcomatose multiple (Arch. pediat. N.-Y. XIII, 261). — Follet. Polymorphie de la tuberculose et du C ... (Thèse de Paris). — Gallet et Deschamps. Du C.... en Belgique (Presse méd. belge, 225.—Garofalo. Un cas de sarcomatose (Soc. Lancisiana. Roma, XV, 31. — Ghineau. Chlorate de potasse contre le C.... (Le Scalpel, 8 nov., 124. — Guelliot. De l'hérédité et de la transmission du C... (Un. M. N. Est, XX, 234-249).— Gueinatz. Parasite des sarcomes (St-Péters.).—Gutierrez. Deux opérations d'épithélioma (Rev. Soc. M. Arg. B. Agres,. V., 84). — Harrison. Hérédité du C... (Canad. M. Assoc. Mont. Ang., 26. — Hutchinson. C... de l'avant-bras (Soc. path. Lond., 15 nov.) — Statistique du C... en Australie. (Arch. Surg. Lond., VII, 195). — Israel. Sarcome de l'épaule (Soc. M. Berl., 21 oct.). — Jacobson. Traitement des tumeurs malignes (J. M. Soc. N. Y., 419.). — Jona. Serothérapie du C... (Raccoglitore M. Forli, XXI, 341). — Kanthuck. C... de l'avant-bras, (Soc. path. Lond., 5 nov.). — Klubal. Statistique de C... (Oest. San. Wes. Wien., VIII, 228). — Lartschneider. Sérothérapie des tumeurs malignes (Wien. Kl. Woch., 16 juill.). — Laurent (O.). Origine maligne des tumeurs (Clin. Brux., 329). — Lauwers. Résultats des opérations pour C... (Presse M. Belge, 48, 217). — Legrain (E). Sarcomes de la main (Soc. Fr. derm., 445). — Levschine (L.). De la sérothérapie des tumeurs malignes (Vrach. St-Pétersboourg, 46, 1309). — Lucke. Chirurgie des tumeurs (Stuttg.) — Mandry. Traitement des tumeurs malignes (Ibid.). — Massey (G.-B.) Traitement du sarcome (Ann. M. Surg. N. Y., IX, 876). — Mermet. Dermato-myome sarcomateux de la cuisse. (Soc. an. Par., Juill., 653). — Meslay. Sarcomes à myclo-plaxes, ibid., 20 nov.). — Minor. Epithélioma (Memplis M. Month., XVI, 346. — Moksimoff (V.). Du sérum anti-cancéreux (St-Pétersb). — Monti. De l'adénome sébacé (Arch. it. de biol., 48) — Nacciarone. Sérothérapie

des tumeurs malignes (Rif. M. Nap., XII, 505. — NOTTHAFFT (A). De la généralisation du C... (Deut. M. Woch., 22 oct.). — OLDRIGHT. Cervical C... (Path. soc. of. Tornto. ap., 25). — OPITZ (E). C... et sérum (Berl. Klin. Woch., 24 août). — PETERSON. Bactériothérapie du C... (Arch. f. Kl. Ch. Berl., 184). — PONER. Sarcome primitif chez l'enfant (St-Barth.-hosp Rep., 31, 121). — PIANESE. Histologie du C... (Jéna Fucher). — PICHEVIN. De la leucoplasie vaginale (Semaine méd., 13 oct.). — PICHLER (K.). Symptomatologie des tumeurs mélaniques (Ztsch. f. Heilt. Berl., XVII, 259). — PILLIET. Sarcome rétro-péritonéal (Soc. anat., Par., oct., 719). — POPOFF (J.). Inclusion cellulaire du C... (St-Pétersb.). — RAMON Y CAJAL. Histologie des tumeurs épithéliales (Rev. Mic. Madrid, I, 83). — Epithélium et C... (Gac. M. Granadu, XIV, 117). — READ (R.). Un cas de sarcome (Colomb M. J., XVI, 456). — RIBBERT. De la pathogénie des tumeurs (Deut. M. Woch., 23 juillet). — ROUBENSTEIN. Du sang chez les C... (Gened. St-Pétersb., 25, 382). — SCHPIQUELSKY. Trait' du C... par l'extrait de chélidoine (Voc. M. J. St-Pétersb., 811). — SERGI. Sérothérapie du C... (Morgagni, juin). — SHEILD. De la cure du C... (Lancet. Lond., I, 801). — SNOW (H.). De la morphine dans le C... inopérable (Semaine Med., n° 48). — Un cas exceptionnel de tumeur maligne (Lancet, Lond., I, 1425). — STEINER. Du sarcome pigmenté (Deut. M. Woch., 13 août). — SWIATECKI (J.). Sérothérapie du C... (Przegl. Chir., III). — THAYER. Trait' de l'épithélioma (N. Y. M. Rep. Roch., III, 211). — TINTZEFF (M. V.). Sarcome pigmenté (Natch. St-Pétersb., n° 47, 1347). — TROMBETTA Sérothérapie du C... (Morgagni Mil., 38, 54). — VAN IMSCHOOT. Enchondrome sarcomatoïde de l'annulaire (Ann. Soc. belge chir., 15 oct. 183). — VARNEX. Sarcome de la paroi abdominale (Moscou). — WALTER (M.). Des néoplasmes (arch. f. Kl. Ch. LIII, I). — WESLEY. De l'hérédité du C... (Canad. M. Ass., sept.). — WILLIAMS. Pathogénie du C... (Brit. M. Ass., nov.). — WILLIAMS (W.). Etiologie du C... (Med. chron. Manchester, V, 322). — Un cas de C.. multiple primitif (Brit. M. Ass. Carlisle, 28 juill.). WINOCOUROFF. Des sarcomes multiples (Arch. f. kind., XXI, 1). — WYMAN. Trait' du C...) Am. J. Surg. Welston., VIII, 71). — ZÉRÉNINE. Sarcome de la paroi abdominale. (Med. Obozr. Moscou, n° 19, 587).

Lille, imp. Le Bigo Frères. *Le Gérant* : Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des maladies cancéreuses. — T. II 3e Fasc. - 20 Avril 1897

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR LA TOPOGRAPHIE ET LA CONTAGION DU CANCER (1)

CANCERS ISOLÉS. — CHANCRE OU CANCER DES ARBRES,

Par le Dr Léon NOËL

Jusqu'à présent, nous avons vu les cancers rassemblés en un espace étroit ou reliés les uns aux autres sur une étendue plus vaste par un cours d'eau (2). Nous avons parlé aussi des cancers isolés le long des rives et de leur fréquence relativement considérable. Mais, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte par les observations inédites que nous avons eues à notre disposition, le cancer choisit encore d'autres régions topographiques avec une prédilection marquée, comme l'avait déjà indiqué le Dr Fiessinger en 1893. Nous avons été vivement frappé par le chiffre considérable des cancers dans des maisons isolées, non seulement au bord de la rivière, mais aussi au voisinage des bois ou forêts de sapins. Les trois conditions topographiques (isolement, cours d'eau, bois) sont naturellement réunies dans maintes circonstances.

Qu'on veuille bien ne pas nous objecter que cette fréquence

(1) Dr L. Noël. Sur la topographie et la contagion du cancer. (Thèse de Doct. Paris, 1897.) Extrait p. 49.

(2) Les chapitres précédents de cette étude sont consacrés à une revue des questions suivantes, déjà traitées par de nombreux auteurs : répartition inégale du cancer, taches d'immunité cancéreuse, taches cancéreuses (maisons à cancers, cancers entre voisins, villages, au bord de l'eau..., etc.).

remarquable du cancer dans les habitations isolées est simplement due au nombre de celles-ci. Il existe dans la région des agglomérations considérables d'habitants : Bellegarde, 3,000; Oyonnax, 5,000; Saint-Claude, 10,000 habitants. Les maisons de ces villes et d'un grand nombre de bourgs et de villages sont massées les unes près des autres; néanmoins, notre dossier, dépouillé, nous fournit 60 observations, soit 1/3 de cancers dans des habitations isolées sur un total de 190 observations.

Il en est donc des maisons isolées comme des cours d'eau : plus de cancers dans les maisons isolées, bien que ces maisons ne soient pas plus nombreuses.

La raison de cette topographie bizarre n'est pas encore élucidée. Nous n'avons cependant pas le droit, quand l'interprétation d'un fait nous échappe, de le déclarer faux. Peut-être même la solution de ce problème n'est-elle pas aussi éloignée qu'on pourrait le supposer?

Les maisons isolées sont entourées de vergers, situées aux lisières des bois; or, toute cette végétation recèle elle-même des vices pathologiques sur lesquels l'attention des médecins n'a pas encore été suffisamment attirée. Il existe sur les arbres, comme chez les hommes, des tumeurs malignes. Ces tumeurs végétales ne doivent pas être confondues avec les Galles, qui ne sont autre chose qu'une prolifération de tissu végétal consécutive à la piqûre d'un insecte. La Galle abrite une larve; elle ne détruit pas la branche, l'arbre sur lequel elle est greffée.

Les tumeurs végétales malignes, appelées par les gardes forestiers « *chancre des arbres* », ne semblent servir à la nutrition d'aucun insecte. Elles tuent d'ordinaire l'arbre sur lequel elles se développent. Le chancre des arbres est dû à la pénétration par l'écorce de champignons microscopiques : *Nectria cucurbitula*, *Nectria ditissima* (1). « Le parasite pénètre par une solution de » continuité, les conidies poussent leurs filaments dans le tissu » cortical, un mycélium rameux se développe rapidement dans le » liber mou. »

Une maladie végétale parasitaire récemment étudiée, la hernie du chou (2), présente quelque analogie avec ce processus patholo-

(1) Robert Hartig. *Traité des maladies des arbres*. Traduit par Gerschel et Henry, professeurs à l'École nationale forestière, pages 91 et 93. Berger-Levrault, 1891.

(2) *Le Naturaliste*, 13 août 1895, *loc. cit.* Dr Elfer. *Correspondant médical*, n° 28, 15 novembre 1895, page 9.

gique. « Sous l'action d'un champignon de la famille des myxomi-
» cètes, le *Plasmodiophora Brassicæ*, les racines se gonflent, devien-
» nent un véritable foyer d'infection, puis meurent. Les bacilles
» interviennent, et notamment le *Bacillus Amylobacter*, l'agent de
» la fermentation butyrique qui attaque la cellulose ordinaire. Il
» est vraisemblablement la cause du cacodyle, c'est-à-dire du
» liquide incolore, visqueux, se combinant avec le soufre et répan-
» dant cette odeur épouvantable que dégagent les choux fortement
» atteints. Cette complication rappelle celle qui survient dans les
» cancers suppurés de l'homme. On observe alors la fièvre hectique
» due aux bacilles du pus. »

De ces conditions histologiques, nous ne voulons retenir qu'un fait : le rôle des spores des champignons dans l'évolution de la tumeur végétale ; or, des spores ont été rencontrées par Metschnikoff dans le cancer des hommes (1). Sont-elles semblables, celles qui, selon Metschnikoff, produisent le cancer des hommes à celles dont le rôle nocif est connu en ce qui concerne les tumeurs végétales?

L'actinomycose, qui est aujourd'hui reconnue comme étant d'origine végétale, fut longtemps considérée comme sarcomateuse, et, si l'on compte des tumeurs végétales d'origine microbienne, on connaît aussi des tumeurs animales comme l'adénie, due au *staphylococcus pyogenes aureus* (2), qui semblent avoir la même origine.

Ajoutons, du reste, que toutes les tumeurs végétales ne sont pas dues à des champignons ; il en est qui sont dues à des bactéries, telles les excroissances du Pin d'Alep, décrites par Vuillemin (3), telles encore les nodosités de l'Olivier (4). C'est encore un bacille qui provoque ces dernières et amène une réaction énergique des tissus contre l'action destructive microbienne. En effet, les bactéries détruisent immédiatement les éléments qu'elles atteignent. « Leur
» influence irritante se propage aux cellules voisines ; celles-ci pro-
» lifèrent d'une façon désordonnée et dégénèrent à leur tour. Ainsi
» se forment des tumeurs ou tubercules qui se ramollissent pro-

(1) *Loc. cit.* Dr G. André. *Parenté clinique du fibrome et du carcinome.* Extrait des Actes du XIe Congrès méd. internat., tenu à Rome en 1894. Marquès, édit., boulevard de Strasbourg, 22, Toulouse.

(2). Roux et Launois. *Revue de Médecine*, 1890.

(3) Robert Hartig. *Traité des maladies des arbres.* Trad. Gerschel et Henry, *loc. cit.*, page 36.

(4) C. R. Académie des Sciences, 6 et 20 décembre 1886, et *Il bacillo della tuberculose dell'Olivo (Rendiconti dellar Acc. dei Lincei* 4 ag. 1889.

» gressivement à partir du centre occupé par la masse mucilagi-
» neuse du parasite (1). »

Outre les spores microscopiques des champignons, outre les bactéries, il semble qu'il y ait encore autre chose dans l'étiologie de certaines tumeurs végétales. Quoi? On n'en sait encore trop rien. En tout cas, il existe une maladie, la Loupe du caroubier (2), dont la genèse semble dépendre d'une influence qui nous échappe. « Les tissus se transforment, en pareille circonstance, en un parenchyme exubérant, au sein duquel sont disséminés des groupes de cellules jaunes à contenu gommeux (3). »

Donc une triple cause est relevée à l'origine des tumeurs végétales : l'action d'un champignon, d'un microbe, d'un agent encore inconnu. En vérité, nous ne connaissons pas d'une façon plus complète les conditions étiologiques des tumeurs malignes des animaux. Metschnikoff a trouvé des spores (4), Ruffer et d'autres des coccidies, des pseudo-coccidies (5). Les spores existent dans les tumeurs végétales. Nous n'avons rien trouvé sur les coccidies des tumeurs végétales approchant de ce qui a été décrit pour les tumeurs humaines.

Dans ces derniers temps, les travaux de MM. Sawtschenko et Podwyssoski (1892-1896) auraient une tendance à ramener les anatomo-pathologistes vers l'idée franchement parasitaire du cancer (6).

En dépit de ces obscurités histologiques, qui, au moins, ont l'avantage jusqu'aujourd'hui de ne pas établir une ligne de démarcation tranchée séparant les tumeurs végétales des tumeurs animales, il existe entre ces proliférations d'autres analogies qu'on nous permettra de présenter. Quelles sont-elles?

La topographie, la marche, l'aspect général de la tumeur végétale sont ceux du cancer humain.

Accompagné d'un garde forestier, nous avons visité les bois de

(1) Robert Hartig. *Traité des maladies des arbres*, page 38.

(2) Savastano. *Hypertrophie des cônes à bourgeons de caroubier*. C. R. Acad. des Sciences, 12 janvier 1885.

(3) Robert Hartig. *Traité des maladies des arbres, loc. cit.*, page 129.

(4) *Loc, cit.* Dr G. André. *Parenté clinique du fibrome et du carcinome*. Extrait des Actes du XIe Cong. méd. internat., tenu à Rome en 1894. Marquès, édit., 22, boul. de Strasbourg, à Toulouse.

(5) Fabre-Domergue. *Discussion de l'origine coccidienne du cancer*, Extrait des *Annales de micrographie*. T. VI, 1894, Nos 2-5, 11 et 12.

(6) Sawtschenko. *Sporozoaires dans les tumeurs* Kiew, 1894. Podwyssoski. *Archives russes de Path., de Médecine clinique et de Bact.* 1896, fasc. I. Traduit. *Recherches sur la question du cancer*. Thèse de Marie. Paris, 1895.

Sapins d'Oyonnax (Ain). Le premier fait qui nous a frappé, c'est la répartition du « chancre » sous forme de taches. On en rencontre de cinq à six dans un rayon de 150 mètres. En dehors de ce cercle, l'arbre reste indemne. Nous avons parcouru plusieurs kilomètres dans les bois sans en retrouver. A côté de la tache chancreuse des arbres, il existe donc la tache d'immunité.

L'aspect macroscopique sous lequel s'offre le chancre du Sapin est le suivant : un bourgeonnement du tissu ligneux, une chute de l'écorce, une surface mamelonnée qui envahit circulairement le tronc, le pénètre en profondeur en le rendant fragile, amène la dénutrition progressive du végétal et sa mort habituelle si un coup de vent préalable ne l'a pas cassé par suite de la raréfaction du tissu ligneux réduit en poussière.

Le traumatisme (contusions, grêle, piqûres de pucerons) (1) exerce une action, sinon constante, au moins prédominante, dans la production de la tumeur. La plupart des arbres chancreux ont été ébranchés. D'autres ne l'ont pas été. Le siège de la tumeur se trouve à des hauteurs très variables. On le rencontre quelquefois à moins de 1 mètre au dessus du sol; le plus souvent, il est à 1 m. 50, 2 mètres, 3 mètres, 5 mètres et au dessus. Ce que l'on observe, c'est que les sujets jeunes sont rarement attaqués. Le Sapin a d'ordinaire au moins 45 ans. Les jeunes plants résineux sont pourvus de canaux résinifères dont l'existence, grâce à l'écoulement de la térébenthine, amène sur les plaies une couche protectrice de résine (2). Ce fait est à rapprocher d'une pratique empirique en usage en Algérie. Les indigènes traitent le sarcome avec succès par des applications de goudron, tiré du genévrier. Ils réalisent ainsi pour l'homme la thérapeutique que, spontanément, le végétal résineux s'applique à lui-même (3). Du reste, en France, les arboriculteurs, après avoir enlevé les parties malades de l'arbre chancreux, les revêtent d'une ou plusieurs couches de goudron.

Cette immunité relative des jeunes sujets à l'égard du chancre, nous la trouvons dans la tumeur maligne de l'homme. L'évolution de la tumeur végétale, peut-être en raison de la circulation moins active, intermittente, de la sève, comparée à la circulation du sang, peut-être aussi en raison de la résistance, de la délicatesse moindre

(1) Robert Hartig. *Loc. cit. Traité des maladies des arbres*, page 97.

(2) R. Hartig. *Loc. cit.*, page 10. *Traité des maladies des arbres.*

(3) Reclus. *De la fréquence du sarcome en Algérie* (Acad. de médecine, 21 juillet 1896), et *in Bulletin médical*, 22 juillet, page 690.

des éléments anatomiques, cette évolution se fait moins rapidement que chez l'homme, car il n'y a que les cellules du parenchyme ligneux et des rayons médullaires qui vivent et contiennent du protoplasma; le corps ligneux des arbres consiste en cellules mortes. La durée de la tumeur maligne des arbres est de 3 à 6 ans et davantage; la largeur de la plaie mortifiée ne dépasse pas parfois 3 à 4 centimètres par an (1). La durée moyenne du cancer de l'homme atteint 18 mois. La mort de l'arbre est la conséquence à peu près fatale de la tumeur livrée à sa marche naturelle, comme la mort de l'homme est la conséquence inéluctable du cancer abandonné à lui-même.

Un autre fait qui tend peut-être à établir un certain rapport entre le chancre des arbres et le cancer des hommes est non seulement la fréquence des tumeurs malignes dans les habitations entourées d'arbres ou situées près des bois, mais encore la grande mortalité par cancer chez les gens que leurs fonctions appellent dans la forêt. Les douaniers, qui passent une partie de leur existence à garder les sentiers des forêts, succombent souvent au cancer.

Sur 92 cancers soignés tant chez l'homme que chez la femme par le Dr Julliard, de Châtillon-de-Michaille (Ain), on compte six douaniers. Les statistiques de Bierry, de Moirans (Jura), de Fiessinger, d'Oyonnax, signalent aussi un certain nombre de douaniers parmi leurs cancéreux, et, en 1895, l'inspecteur des forêts de N... succombait à un cancer de l'œsophage à la clinique du professeur Reverdin, de Genève. On sait, du reste, que, non seulement les douaniers, mais tous ceux que leurs occupations retiennent à la campagne, les cultivateurs, par exemple, sont très sujets au cancer. Le traumatisme par éclats de bois, piqûres de ronces, est relevé dans l'étiologie de quelques observateurs (Fiessinger, Mathieu d'Hauteville) (Ain).

A Lyon, le cancer des lèvres n'existe pas, et tous ceux qui viennent se faire opérer à l'hôpital pour une affection de ce genre sortent des champs (1). Le chancre végétal attaque, en effet, non seulement les Sapins et les arbres des bois, mais encore les arbres des vergers, surtout s'ils ont été transplantés d'un sol riche sur un terrain inférieur, et il est recommandé à l'horticulteur de ne pas émonder les branches avec une serpe qui a coupé une branche

(1) Robert Hartig. *Traité des maladies des arbres, loc. cit.*, page 92.

(2) Fabre. Thèse de Lyon, 1892. *Loc. cit.*, pages 38 et 39.

atteinte de chancre, la maladie étant considérée comme contagieuse. En effet, en greffant un rameau d'arbre chancreux sur un autre individu, on voit souvent ce greffon périr de cette maladie et en transmettre le germe au sujet qui l'a nourri (1).

Si le chancre végétal constituait l'origine primordiale du cancer de l'homme, on comprendrait mieux le résultat des statistiques des chirurgiens, qui accuse, toutes proportions gardées, un plus grand nombre d'opérés pour tumeurs malignes parmi les gens des campagnes que parmi les citadins. On saisirait également les motifs de la fréquence du cancer en Normandie, la tumeur maligne n'étant, en ce cas, plus produite par le cidre, comme l'admettait Arnaudet, mais par l'arbre dont le fruit sert à la fabrication du cidre.

Sans doute ces conjectures sont loin d'être décisives, seulement elles se doublent de faits : fréquence du cancer dans les campagnes, les maisons isolées, dans les bois; cela ne suffit pas pour assurer la possibilité d'une transmission de la tumeur maligne de l'arbre, car, à supposer que cette transmission existe, il semble plutôt qu'elle doive s'opérer du végétal à l'animal. D'abord, les tumeurs malignes des arbres sont incomparablement plus nombreuses. De plus, l'homme cancéreux ne pénètre guère au milieu des bois et son cancer est presque toujours protégé par un pansement ou des vêtements, tandis que le chancre de l'arbre non recouvert par les étoffes est plus apte à la contamination à distance. Mais, ceci même étant admis, il n'est pas possible d'affirmer l'infection de l'homme par la tumeur maligne de l'arbre. Les expérimentateurs insistent sur la difficulté excessive de transmettre un cancer d'une espèce animale à un animal d'une espèce différente.

Or, du végétal à l'homme, la distance est plus grande encore que d'une espèce animale à une autre. Nous permettra-t-on d'avouer cependant que les expériences faites jusqu'à ce jour ne nous paraissent pas avoir tranché complètement le nœud de la question? Les expérimentateurs peuvent-ils nous assurer qu'ils ont réalisé dans leurs laboratoires toutes les conditions qui eussent permis, en semblable cas, une inoculation positive? D'abord, ne l'oublions pas, il existe au moins un cas de transmission du cancer de l'homme à l'animal (2) et quelques cas de transmission de l'animal à l'homme. En vérité, cette transmission ne s'est pas opérée dans

(1) A. du Breuil. *Cours d'arboriculture*, 7e édition (*Culture des arbres et arbrisseaux*). Masson, édit. Paris, 1876.

(2) *Medical Record*, 31 décembre 1887. *Loc. cit.* Henry Morau. *Revue scientifique*, 12 janvier 1895, p. 39.

un laboratoire, mais, si modeste que soit la clinique, on n'est quand même pas en droit de rejeter trop dédaigneusement ses données! Le 31 décembre 1887, le *Medical Record* publiait le fait suivant :

« Un homme, ayant vécu longtemps dans les Indes consulta le » Dr R. Bald pour un cancer inopérable de la lèvre inférieure; » obligé de garder le lit, son petit chien favori, un terrier, vint » fréquemment lécher les lèvres de son maître. Ce petit chien » mourait avant son maître d'un cancer de la langue (1) »

Kuhn et Gross (2) citent deux cas dans lesquels des bœufs ont contagionné des hommes. Dans l'un, il s'agissait d'un carcinome, dans l'autre d'un sarcome. Hall (3) raconte après Meisner qu'un cheval atteint de sarcome a donné sa maladie à l'homme chargé de le soigner. Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (4) rapporte qu'une poule et une chienne, exposées à être en contact avec les substances et les liquides servant aux expériences de laboratoire du Dr Rappin, de Sautron, ont été atteintes de cancer.

Il existe donc des faits cliniques (qui semblent positifs) de transmission de cancer d'un animal à un homme. Sans doute ces faits sont peu nombreux; on ne manquera pas de leur opposer le grand argument de la coïncidence. Par hasard, dira-t on.

Qu'on veuille bien nous permettre de ne pas adopter complètement ce raisonnement.

La clinique, en effet, voit les choses de plus haut que l'expérimentation. La transmission observée cliniquement du cancer de l'animal à l'homme, cette transmission, pour s'opérer, a dû rencontrer un certain nombre de circonstances favorables que l'expérimentateur n'est jamais sûr d'avoir réalisé d'une façon complète. Or, de tout temps, la clinique a devancé l'expérimentation. Les découvertes expérimentales qui sont restées n'ont jamais fait que vérifier des faits que la clinique avait préalablement pressentis. Sans le secours de la clinique, l'expérience risque trop souvent d'errer, car l'expérimentateur, toujours, sera empêché d'introduire dans son expérience tous les éléments dont se compose un fait clinique rigoureusement observé. Qu'on y réfléchisse bien : il n'est pas impossible que nous nous trouvions avec le chancre des arbres

(1) *Medical Record*, 31 décembre 1887, *loc. cit.* Henry Morau. *Revue scientifique* du 12 janvier 1895, p. 39.

(2) *Revue scientifique*, 12 janvier 1895, p. 40.

(3) *Loc. cit. Revue scientifique*, 12 janvier 1895, page 40.

(4) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, page 35. 1890.

en présence d'une maladie, peut-être histologiquement, en tout cas topographiquement et cliniquement analogue au cancer de l'homme.

Au-dessous des bois où nous avons découvert ces Sapins cancéreux, le Dr Fiessinger a traité trois cancers dans ces dernières années. Nous n'allons pas jusqu'à dire que la tumeur maligne des arbres a donné le cancer à ses malades; nous pensons seulement que la différence histologique entre la cellule végétale et la cellule animale n'est pas telle que ce qui est nocif pour l'une ne soit pas nocif pour l'autre. Le fait a été démontré expérimentalement par le Dr Charrin, qui a produit des lésions caractérisées sur un végétal dans les feuilles duquel il avait inoculé des microbes (1).

Un microbe pathogène pour les animaux peut donc le devenir pour les végétaux, soit qu'il agisse traumatiquement ou par ses toxines. Cette expérience nous paraît être suggestive : elle établit un rapport d'analogie entre la réaction de la cellule animale et celle de la cellule végétale vis-à-vis le principe infectieux. Or, c'est la démonstration d'un rapport entre phénomènes d'apparence disparate qui constitue souvent les grandes découvertes : la microbiologie est née du rapport scientifiquement établi entre le microbe et la maladie infectieuse. Toutes les tentatives opérées dans ce sens, à savoir : celles qui cherchent à relier entre eux des faits distincts, ces tentatives, sans doute, n'aboutissent pas toujours; il suffit qu'elles aient été inspirées par des faits scrupuleusement recueillis. C'est le cas de nos recherches. Au surplus, il n'est pas démontré du tout que les efforts qui se dirigent dans le sens que nous nous permettons d'indiquer soient frappés de stérilité.

(A suivre.)

LE SARCOME DE LA PROSTATE, ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

(Suite).

Par le Dr **Alfred-L. Dupraz,**

Privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève

Jolly rapproche de ce cas, à cause de sa marche clinique, un cas d'Hodgkins (*Lancet*, 1843) que nous rapportons brièvement. Ce cas ne présente aucun intérêt spécial ni pour notre étude clinique,

(1) Charrin. *Acad. des Sciences*, 8 mai 1893, *in Semaine médicale*, 10 mai 1893.

différentiel entre un néoplasme et une hypertrophie simple. Nous verrons que ce caractère ne peut servir d'une manière absolue pour ce diagnostic différentiel.

Obs. IX et X (Sydney Cowpland). — *Deux cas de sarcome de la prostate entourant les vésicules séminales sans en avoir envahi la paroi.*

Notre cas présente la même particularité.

Obs. XI (Barton). — *Prostate dure. Sarcome.*

D'après Engelbach cette observation est assez obscure. Le malade a eu deux légères hématuries.

Obs. XII. (Wharton). — *Sarcome primitif de la prostate avec métastases sur le péritoine, dans le foie et dans la rate. Pas d'hématuries.*

Obs. XIII (Brée, dans Jolly). — *Sarcome de la prostate. Issue de la tumeur par une ulcération anale.*

Il s'agit d'un enfant de 9 mois, atteint depuis vingt-quatre heures de rétention d'urine et que l'on peut sonder avec une sonde en gomme. Le même état persistant encore au bout de dix jours, on pratique le toucher rectal qui permet de sentir une tumeur occupant le périnée, s'attachant au col de la vessie et comprimant l'urètre.

Cette tumeur est dense, élastique, non fluctuante. Elle croît rapidement pendant que l'état général du petit malade s'altère de plus en plus. Il faut maintenant le sonder trois fois par jour.

Dans son accroissement, la tumeur comprime graduellement le rectum. Elle empêche le passage des fèces et finit par faire saillie à l'extérieur par une ulcération du sphincter anal de la grandeur d'un schilling. La partie visible de la tumeur est blanche et polie comme du verre.

Mort rapide.

Autopsie. — Vessie très dilatée. La tumeur est développée aux dépens de la prostate considérablement augmentée de volume. Elle occupe le périnée entre le col de la vessie et le bord de l'anus et comprime le rectum et l'urètre. La surface en est blanche, luisante, irrégulière. En incisant sa partie inférieure, on voit qu'elle est formée par un kyste à parois épaisses rempli d'alvéoles qui se sont évidemment rompus. Ces alvéoles contiennent une substance dont la consistance, la couleur et les caractères physiques sont exactement ceux de la matière cérébrale.

Les *tumeurs secondaires de la prostate* sont beaucoup plus rares que les primitives. Broca écrivait en 1851 qu'il ne connaissait aucun exemple de tumeur secondaire de la prostate. Jolly note 6 tumeurs secondaires sur 45 cas, dont l'un est douteux. Engelbach, sur 62 observations, cite 11 tumeurs secondaires. Pour mentionner plus spécialement ce qui a trait au sarcome, nous avons déjà vu

que sur 15 cas, nous avons retrouvé deux cas de sarcome secondaire. En voici les observations :

Obs. XIV (Reboul). — Malade de 76 ans, porteur au coude droit d'une tumeur datant de 8 ans. Amputation du bras par M. Monod le 10 octobre 1885.

Examen microscopique. — Sarcome fasciculé développé aux dépens du périoste de l'humérus.

Récidives multiples après un an. Mort le 29 octobre 1886.

Autopsie. — Tumeurs multiples de la peau. Engorgement dur des ganglions à l'aine droite.

Tumeurs multiples de l'épiploon, du mésentère, du péricarde, des plèvres. Noyaux nombreux plus ou moins volumineux dans l'intestin et dans le foie, généralisation plus discrète dans la rate ; quelques noyaux sur le fond de la vésicule biliaire.

Quelques tumeurs blanches et dures à la surface et dans la substance corticale des reins.

Trois petites tumeurs blanc rosé à la face interne de la vessie.

Prostate hypertrophiée. Tumeur adhérente au lobe droit, du volume d'une noix.

Ganglions lombaires et pelviens gros. Consistance molle

L'examen microscopique fait par M. Toupet montre que toutes ces tumeurs sont du sarcome fasciculé.

La présence de cette tumeur secondaire n'a aucun intérêt spéclal pour la clinique, c'est une surprise d'autopsie sans grande importance. Nous avons relaté ce cas parce qu'il appartient à notre sujet. Nous pouvons cependant y faire une constatation intéressante : la prostate n'est atteinte que partiellement, ce qui est la grande exception dans les tumeurs primitives, puisque sur 42 cas, Jolly n'en a trouvé que 7 où l'envahissement de la glande était partiel. Sur nos 13 cas, un seul, celui de West (obs. VIII) se comporte de même.

Obs. XV (Zahn). — *Sarcome primitif de la vésicule séminale droite* qui, outre de nombreuses métastases dans différents organes, a envahi la partie postérieure de la prostate.

Nous avons ici une tumeur propagée par continuité au cours de son développement plutôt qu'une tumeur secondaire développée dans un organe avoisinant.

Ces deux cas n'ont pas une grande importance ; nous les avons notés pour faire un tableau complet des sarcomes de la prostate tant primitifs que secondaires et obtenir ainsi une vue d'ensemble de cette affection.

Si nous résumons rapidement ce premier chapitre, nous voyons

que le sarcome le plus fréquent est le sarcome à cellules rondes. On observe aussi des fibrosarcomes et peut-être des mélanosarcomes. Toutes ces tumeurs sont beaucoup plus souvent primitives que secondaires.

Au point de vue de l'âge ce sont les deux extrêmes de la vie qui présentent le plus grand nombre de cas (4 après cinquante ans et 5 au-dessous de huit ans pour ceux où l'âge du malade est indiqué). L'âge moyen est le moins atteint par cette maladie (un cas à 21 ans). Ces chiffres, sans contredire l'assertion de Socin que le sarcome est fréquent surtout chez l'enfant, ne correspondent cependant pas au chiffre qu'il a trouvé : sur 50 cas 9, soit le $^1/_5$, appartenaient à des enfants.

L'envahissement de la vessie est très rare et la tumeur a plutôt la tendance de se développer entre les organes du petit bassin, en les comprimant, ou de rester confinée dans la prostate. Le plus souvent, la muqueuse vésicale est fongueuse et hypertrophiée, mais sans traces de néoplasme.

II. Partie clinique

Guyon a consacré une de ses leçons cliniques à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. Le chirurgien de Necker y fait l'étude clinique et pathologique de l'affection qui nous occupe. Nous allons en donner un bref résumé que nous combinerons avec le résultat des observations des auteurs qui ont étudié le même sujet (Socin, O. Wyss, Jolly, Jullien, etc.). Nous obtiendrons par ce moyen un tableau d'ensemble à l'aide duquel nous trouverons quelques indications pour le diagnostic différentiel du sarcome et du carcinome de la prostate. Il ne rentre pas dans le cadre de cette étude de faire le diagnostic différentiel complet de toutes les tumeurs de la prostate entre elles et avec les autres affections de cet organe. Nous nous contentons de renvoyer pour cela aux ouvrages mentionnés dans la *Bibliographie*.

Un des premiers symptômes éprouvés par le malade, c'est la *difficulté de la miction*. Tout d'abord, la miction devient plus fréquente ; il s'y joint plus tard de la dysurie. Guyon a noté dans un cas des troubles généraux de la nutrition et de l'amaigrissement avant l'apparition de tout autre symptôme. Ce fait est rare. Wyss admet un début brusque des symptômes dans les tumeurs, cependant un début long se voit aussi souvent.

Cette difficulté de la miction au début, rappelle ce qui se

passe dans les cas de vessie irritable des auteurs anglais. Elle peut aller à un tel degré que le malade offre tous les symptômes de la rétention presque complète. La scène s'ouvre plus rarement par la rétention d'emblée. Ces divers degrés dépendent des rapports qui existent entre le néoplasme et le col de la vessie Dans certains cas, il faut tenir compte du spasme vésical (Adams).

Après la rétention survient l'*incontinence* ou *par regorgement* — et alors la vessie est pleine — ou *par destruction des sphincters* — la vessie est vide dans ce cas.

Les *douleurs* sont un des symptômes importants de l'affection. Elles sont spontanées ou causées par la miction. Elles s'irradient plus ou moins loin suivant le degré d'extension du néoplasme dans les territoires de distribution du plexus sacré. Au début de la maladie, quand le néoplasme est encore contenu dans les limites de la loge prostatique, elles sont généralement insignifiantes ou nulles (Guyon). O. Wyss parle, comme douleurs de début, de douleurs vives analogues à celles que les femmes éprouvent dans le carcinome de l'utérus. Les douleurs irradiées surviennent plus tard.

D'après Socin, l'extension de la tumeur n'est pas la cause unique des douleurs éprouvées par les malades, car, dans quelques cas où le volume de la tumeur était insuffisant pour causer une compression effective du plexus sacré, les malades se plaignaient cependant de vives douleurs. Nous pensons que l'on peut attribuer ces douleurs du début à la tension des parois de la loge prostatique due au développement rapide de la tumeur. Leur localisation est expliquée par les rapports des aponévroses avec les organes avoisinants, la vessie, le rectum et le péritoine. Il se passe ici un fait analogue à celui qui se produit dans la distension brusque d'organes à enveloppe très résistante, dans le glaucome par exemple ou dans les affections inflammatoires du testicule.

Quand ces barrières sont rompues, les douleurs locales sont remplacées par celles que cause l'envahissement des plexus nerveux du petit bassin. Il nous semble que cette hypothèse rend bien compte de la nature des douleurs, surtout de celles qui accompagnent la miction et la défécation.

En résumé, les symptômes du début d'une tumeur de la prostate sont très analogues à ceux de l'hypertrophie simple. La cachexie s'y ajoute quelquefois, mais elle peut aussi faire défaut. La rétention brusque n'a non plus rien de typique : on la retrouve

aussi dans l'hypertrophie simple. Le début de la maladie est donc incertain; les symptômes accusés par le malade ne correspondent pas toujours à cette période de l'affection. Ils peuvent être beaucoup plus tardifs.

L'âge du malade contribue à rendre le diagnostic difficile, toutes les fois qu'il n'exclut pas l'hypertrophie simple, c'est-à-dire au-dessus de cinquante ans.

Les douleurs précoces mettent sur la voie : elles ne se retrouvent pas dans l'hypertrophie, surtout les douleurs irradiées. C'est plutôt un sentiment de gêne et de difficulté de la miction et quelquefois de la défécation que les malades éprouvent dans ce dernier cas. Cependant les douleurs violentes peuvent faire défaut même dans des cas où la prostate est le siège d'une tumeur maligne (Obs. I).

Quant aux symptômes de la miction, ils ne peuvent fournir à eux seuls les éléments d'un diagnostic différentiel. Il en est de même des troubles de la défécation (constipation, diarrhée, ténesme, etc.).

Quelle importance faut-il attacher à la *cachexie* au point de vue du diagnostic des tumeurs de la prostate? Elle ne nous paraît pas absolue. Bien que les malades porteurs de néoplasmes malins présentent le plus souvent un habitus spécial, on ne peut dire que ce soit la règle absolue. Il est vrai que c'est le cas le plus fréquent, mais la raison doit en être cherchée ailleurs que dans une influence nocive spéciale de la tumeur sur l'organisme; la cachexie est bien plutôt un fait de siège de tumeur qu'elle ne dépend de la nature de celle-ci. Comment expliquer autrement les surprises d'autopsie ou les améliorations qui suivent les opérations palliatives quand, par suite de l'intervention, la tumeur est mise hors d'état de faire obstacle à une fonction normale? (Après les gastroentérostomies, les cystostomies, etc.) Du reste les tumeurs bénignes peuvent aussi être une cause de cachexie suivant le siège qu'elles occupent. Vouloir attacher à ce signe trop d'importance, c'est s'exposer à commettre des erreurs de diagnostic qui peuvent être sérieuses.

L'*hématurie* est un autre symptôme de tumeurs de la prostate. Elle se montre après la dysurie et peut se produire à la suite d'un effort violent de la miction ou, quelquefois, sans cause appréciable. Voici ce que dit Guyon de ce symptôme : « Il n'a pas, à beaucoup près, la même importance que dans les néoplasmes de la vessie. Cependant l'hématurie se montre

habituellement et, quelquefois, suivant un mode assez particulier pour servir au diagnostic. »

Le sang peut sortir sous forme de caillot moulé au début de la miction, il peut apparaître à la fin de celle-ci, ou même, le plus souvent, il sort mélangé intimement à l'urine à cause du reflux dans la vessie du sang épanché dans la portion prostatique de l'urètre. Dans quelques cas rares, ordinairement après un léger excès, de la fatigue ou un repas copieux, on a vu le sang s'échapper en jet de l'urètre (Socin).

La quantité de sang rendu est très variable. Elle peut être très abondante ou suffire simplement à colorer l'urine en rose ou en rouge. Le même fait se retrouve dans les formes congestives de l'hypertrophie de la prostate, mais la quantité de sang épanché est peu abondante et l'hématurie est consécutive à une brusque déplétion du réservoir de l'urine. Les hématuries des prostatiques sont moins fréquentes et moins abondantes que celles des néoplasiques.

Les causes de l'hématurie sont multiples :

1° Quelquefois le sang s'échappe d'un vaisseau ulcéré. C'est le cas dans les tumeurs à modifications régressives rapides (les carcinomes, surtout les formes médullaires) ;

2° Dans d'autres cas il s'agit d'une brusque déplétion de la vessie comme dans l'hypertrophie ;

3° Enfin le cathétérisme, même bien exécuté, peut déchirer par pression le tissu d'une tumeur molle et devenir ainsi la cause d'une hémorragie.

Les hématuries sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants. Si nous rappelons ici que la tumeur prédominante à cet âge est le sarcome, nous généraliserons le fait indiqué par Socin et nous dirons que *les hématuries sont moins fréquentes dans le sarcome.* Ce fait, exact aussi chez l'adulte, est conforme aux données de l'anatomie pathologique : la tendance à l'ulcération rapide est moindre dans le sarcome que dans le carcinome.

En résumé, les *symptômes subjectifs* importants pour le diagnostic sont *la difficulté de la miction* et *les douleurs précoces*. La cachexie et les hématuries donnent des renseignements bien moins précis.

Mais, de tous les éléments du diagnostic, les plus utiles sont fournis par l'exploration directe. « L'exploration directe, dit

Guyon, est bien supérieure dans ses résultats à des informations dues quelquefois au hasard. »

Le point le plus important de cette exploration est le toucher rectal combiné à la palpation de l'hypogastre. Il permet de constater l'augmentation de volume de la prostate, l'état de sa surface, sa consistance et ses rapports avec les organes avoisinants.

L'augmentation de volume est généralement très forte et il est presque impossible de circonscrire totalement la glande par le toucher. D'une part, elle est appliquée aux branches ischio-pubiennes et, d'autre part, elle proémine surtout dans la concavité du sacrum, de sorte que l'index ne peut en atteindre les limites supérieures.

Jolly a trouvé trois cas de tumeur sans agrandissement de la prostate. Guyon n'a jamais vu de fait semblable sur une vingtaine de malades examinés par lui. Notre cas se rapproche de ceux de Jolly : la prostate de notre malade est légèrement hypertrophiée, mais ses dimensions sont cependant bien loin de celles d'une forte hypertrophie.

En général, dans les cas de tumeurs, l'augmentation de volume de la prostate n'est pas régulière. Il se produit à la surface des bosselures plus ou moins accusées et des prolongements irréguliers de l'organe. Ce fait est important pour le diagnostic ; malheureusement il est des cas où cette inégalité de la surface est peu accentuée et à peine perceptible au toucher rectal. C'est ce qui est arrivé dans notre cas.

Quant à la consistance, elle est dure, sauf aux points où la tumeur est en voie de ramollissement. Dans les cas de tumeurs à éléments embryonnaires (sarcome encéphaloïde, etc.), on a trouvé une consistance molle presque fluctuante.

Il est quelquefois difficile de se rendre compte des rapports de la prostate avec les organes avoisinants. Les vésicules séminales sont cachées par l'organe hypertrophié. Quand le bas-fond de la vessie est envahi, on peut éprouver une sensation de dureté et de résistance, distincte de la consistance molle de l'état normal.

Il faut toujours avoir soin de combiner avec le toucher rectal la palpation de l'hypogastre dans l'examen d'une tumeur de la prostate. Cette palpation fournit des renseignements précieux dans les cas de tumeurs volumineuses et elle permet aussi de se rendre compte de l'état des ganglions lymphatiques de la région.

Guyon n'admet pas, sauf de rares exceptions, l'examen direct du canal de l'urètre à l'aide des explorateurs. « Cet examen peut exposer à des dangers et ne fournit le plus souvent que des indications curieuses, sans renseignement précis pour le diagnostic. » Cet examen est souvent douloureux, la présence de la tumeur le rend difficile. La sorte de crépitation, dont il s'accompagne quelquefois, peut faire croire à la présence d'un calcul, erreur que les autres signes permettent de corriger.

(A suivre).

HISTOIRE DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU CONDURANGO

Par le Docteur **H-L. REBOUL**

C'est dans l'Etat de l'Equateur, nous rapporte Hoffmann (1), que furent notées pour la première fois en 1871 les propriétés thérapeutiques du condurango. Un Indien qui souffrait d'un cancer voulut, dit-on, s'empoisonner avec une forte dose de semences de condurango. Loin de mourir, il éprouva une grande amélioration.

Il semble que, depuis, ce remède ait été bien peu essayé, et les praticiens auxquels on le recommande tendent à n'y voir qu'un remède peu employé, partant peu efficace. Il a manqué à son introduction en France l'appui d'une voix autorisée, qui lui aurait donné dès le début une notoriété justifiée.

Peu de remèdes pourtant ont été essayés aussi souvent que le condurango. Et dans ces vingt dernières années la littérature médicale s'est enrichie d'un nombre très considérable d'observations concluantes. Nous allons les résumer ici, pour montrer combien l'action du condurango est connue.

En mars 1871, le condurango (2) apporté de l'Equateur fut à Washington l'objet de recherches chimiques et pharmacologiques. Antisell Thomas (3) fit ces recherches sur le bois et l'écorce; il en retira une substance légèrement amère et aromatique soluble dans l'alcool, mais insoluble dans l'eau. Il note qu'on l'emploie avec

(1) *Inaug. Disserti, Bâle*, 81.
(2) Virchow-Hirsch. — *Jahresber.*, 1871, Bd I, p. 364.
(3) *On Condurango amer. journ. of Pharm.*, July, 4th. ser., p. 289.

succès à l'Equateur contre le cancer, le fongus hématode, la syphilis et les ulcères scrofuleux.

Les feuilles et les écorces de cet arbre sont seules employées, tandis que la décoction du fruit est regardée comme un poison.

Teodoro Jaramillo (1) écrit que le bois employé en décoction sans l'écorce est inefficace, il faut les employer ensemble. Elle est plus efficace que la salsepareille contre la syphilis, le rhumatisme et les maladies de peau.

Chiribiga (2), médecin militaire de Guayaquil, en note l'efficacité dans deux cas de cancer, ainsi que dans le rhumatisme et l'eczéma. Destinge l'emploie avec succès dans le cancer de la mamelle, Moralès dans la syphilis et la gastralgie.

Mais déjà l'emploi du condurango se répandait dans toute l'Amérique du Nord. Le docteur Blis (3) le recommande comme « un puissant régénérateur du sang ». Parmi de nombreux cas Blis cite la mère du vice-président des Etats-Unis, qui fut guérie d'un cancer du sein par l'emploi du condurango. Pitsch et Shore (4) vantaient l'excellence de ce remède contre le cancer.

En Europe, Hulke (5) fut le premier qui essaya le condurango. Il se servit d'un envoi que le président de la République de l'Equateur avait fait à la reine d'Angleterre et l'employa sur deux patientes de l'hôpital de Middlesex atteintes d'épithélioma. Il nota une amélioration des douleurs locales et de l'état général. Cependant Pierre (6) n'en retira que des résultats négatifs à Westminster hospital. Vincenzo Palinesi l'employa en Italie et nota que l'application comme topique local diminuait les douleurs. Le même auteur l'expérimente sur des grenouilles et des moineaux : à l'autopsie il trouve une injection du canal intestinal et de la muqueuse stomacale qui prouve l'action de cette substance sur le tube intestinal.

Gianuzzi et Bufrlini (7) le donnent à dose toxique chez le chien et amènent des convulsions avec exagération des réflexes. Mais ils

(1) *La Nuove Medic.*, Ligur, I, p. 7.

(2) Schmidt's *Jahrb. der in-und auslaend. gesammten Medicin*, Bd 153, 1872, p. 261.

(3) *Americ. Journal of Pharm.*, 4th série, I, p. 289.

(4) Virchow-Hirsch. — *Jahresber.*, Bd I, p. 365.

(5) Hulke. — *Condurango root in cases of cancroid, Brit. Med. journ.*, oct. 28, p. 497.

(6) Virchow-Hirsch. — *Jahresber.*, 1871, Bd, I, p. 365.

(7) *Del azione iclenosa del Condurango, Gaz. med. Lombarda*, 1872, n° 19, p. 153.

marquent que c'est l'extrait aqueux ou la décoction de condurango qui produit ces phénomènes.

De Sanctis (1) l'a essayé en teinture contre l'épithélioma, le pityriasis rubra, le pemphigus foliacé et la lèpre tubéreuse. Il a plusieurs fois noté une augmentation de l'appetit et des digestions plus faciles.

Schroff (2) a donné à des lapins de l'extrait alcoolique à la dose de deux et quatre grammes. La respiration augmentait de fréquence, l'appétit était exagéré et néanmoins les digestions bonnes.

Friedreich (3), un des premiers, signala en Allemagne son action thérapeutique. Il soutint pendant quatre mois, au moyen de ce remède, un cancéreux; Obalinski (4) en a aussi obtenu les meilleurs résultats dans les cas de cancer externe et interne. Franz Riegal le prône comme le meilleur des stomachiques. Il en a obtenu une amélioration digestive étonnante et Reich en a obtenu des résultats analogues.

Burkart (5), à Stuttgard, l'a employé dans de nombreux cas de cancer : Il est resté sans succès dans un cas de cancer de l'estomac, un autre du col et un troisième de l'utérus. Par contre, dans un autre cas de cancer de l'estomac, tous les symptômes éprouvèrent, grâce au condurango, une amélioration évidente. Les douleurs devinrent plus rares et moins intenses, l'appétit survint, l'induration épigastrique diminua, l'état général s'améliora. Aussi Burkart parle-t-il de l'écorce du condurango comme d'un spécifique contre le cancer et comme d'un excellent stomachique.

Pour Beck (6) le condurango augmente l'appétit dans les cas de catarrhe chronique de l'estomac. On l'emploiera dans les cas d'anémie et de chlorose.

Bever fit décroître des tumeurs lymphadéniques du cou par ce moyen. Bauer nota également une régression des lymphadénomes. Or, on sait que beaucoup d'auteurs regardent cette dernière maladie comme une manifestation carcinomateuse.

Docteur Drszewezky et Erichsen (7) en ont obtenu de très bons résultats à l'hôpital Marie à Saint-Pétersbourg en 1874, dans deux

(1) *Uso terapeutico del Condurango Morgagni*, chap. V, p. 532.
(2) *Mittheilungen aus dem pharm. Instit. der Wiener Universitaet*, 1872.
(3) *Ein Fall von Magenkrebs, Berl. Klin. Wochenschrift*, 1874.
(4) *Centralblatt*, 1874.
(5) *Würtemb. Corresp.-Bl.*, Jahre, 46, n° 6, 1876.
(6) *Würtemb. Corresp.-Bl.*, 1876, n°s 1. 2, 3.
(7) *Schweizer aerztt. Corresp.-Bl.*, n° 52, 1876.

cas de carcinome de l'estomac. Au moyen du traitement longtemps prolongé les deux malades s'améliorèrent très fortement. Le diagnostic de carcinome fut confirmé chez eux, car le premier fut enlevé un an et demi après par une récidive de ce mal, et à l'autopsie du second, qui mourut trois mois après d'une affection intercurrente, on trouva la tumeur.

Kollmann (1), en Suisse, a obtenu le meilleur succès dans deux cas d'ulcérations cancéreuses qui sont devenues rouges, et se sont couvertes de granulations.

Courvoisier a vu à Bâle en deux cas la tumeur cancéreuse diminuer sous l'influence de ce traitement. On administrait le condurango sous forme de vin et d'extrait.

Alfred Hoffmann a expérimenté à Bâle, pendant plusieurs années, le mode d'action et le pouvoir thérapeutique du condurango. Il en a retiré la conviction que lorsque l'écorce du condurango n'est pas d'une siccité absolue, c'est un moyen thérapeutique d'une grande valeur contre le cancer de l'estomac. Cette amélioration du cancer stomacal serait due, d'après lui, à la diminution des douleurs et des vomissements, à l'augmentation de l'appétit et à l'amélioration de l'acte digestif, qui permet la résistance à la maladie en augmentant les forces. Hoffmann recommande la macération, l'extrait, la teinture et le vin.

Dans une période plus récente, L. Riess (2) pense qu'on doit l'employer dans le cancer de l'estomac. Les malades ont une augmentation de l'appétit et, fréquemment, leurs forces augmentent, et, même à la palpation, on sent la tumeur diminuer. Son action résiderait dans son pouvoir stomachique.

Plus récemment, H. Schulz parle encore avec plus de faveur de ce remède (3). Sous sa direction, Kaempfe expérimente au moyen de la teinture alcoolique. Il guérit des maladies chroniques de l'estomac, voire même des carcinomes.

C.-A. Ewald (4), si connu pour ses travaux sur la physiologie de l'estomac, donne également un avis favorable. Il l'a employé avec succès pour les catarrhes de l'estomac, mais il le regarde comme ayant une action spécifique contre le cancer.

(1) *Id.* année 80, n° 14.

(2) *Berl. Klin. Wochensch.*, 1887, n° 10.

(3) Guids-Kaempfe. — *Ueber die Wirkung einiger Amara beim gesundem Menschen. Inaug. Dissert.*, Greifswald, 1885.

(4) C.-A. Ewald. — *Klinik der Verdauungskranheiten*, 1888.

Tschelkow (1) a examiné l'action de la décoction de condurango sur les muqueuses intestinale et stomacale de chien.

Il a noté que la sécrétion stomacale n'augmentait pas, mais qu'il y avait hypersécrétion biliaire et pancréatique.

Dans un livre de matière médicale de Cloëlta-Pilehne (2), l'écorce de condurango est regardée comme un excellent stomachique utile, même dans les cas d'ulcération de l'estomac. Il diminue la douleur et les vomissements et est le meilleur remède qui amène une augmentation de l'appétit.

On voit combien est riche la littérature médicale sur le condurango et combien les Français se sont relativement peu occupés de cette question, qui a tout d'abord passionné l'étranger.

La valeur thérapeutique du condurango lui a donné droit de cité dans les pharmacopées allemande, hollandaise et autrichienne.

En France, le condurango était à peu près inconnu avant les expériences du Dr Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin. Ces expériences ont été faites en vue des bénéfices qu'on en pouvait retirer dans les affections douloureuses de l'estomac, laissant de côté ses propriétés anticancéreuses. Un élève du maître, le Dr Guyenot Outhier, a consigné les heureux résultats de ces expériences dans une thèse dont voici les conclusions :

« D'après les observations que nous avons faites à l'hôpital Cochin dans le service de notre vénéré maître, le Dr Dujardin Beaumetz, l'écorce du *condurango blanco* (gonoiobus condurango), la seule que l'on doive employer, agit de la façon suivante :

» Elle fait disparaître l'élément douleur chez les différents gastralgiques, même dans les cas d'ulcères de l'estomac ;

» Elle diminue et arrête le plus souvent les vomissements causés par une altération anatomique ou fonctionnelle de l'organe ;

» Elle nous a paru avoir une action spéciale dans les hématémèses ;

» Elle exerce sur l'appétit et l'état général des gastralgiques une influence des plus heureuses ;

» Elle possède probablement enfin des propriétés cholatiques.

(1) Botkin's *Klin. Wochenschrift*, Petersburg, Jahrg. 1888, nos 16, nnd 17, p. 301.

(2) Fribourg, 1889, p. 164.

» L'écorce de condurango blanco a sa place marquée en thérapeutique et son emploi peut rendre de grands services quand, la digestion stomacale se faisant mal, l'assimilation est entravée, les phénomènes de la nutrition languissants ; ce qui entraîne l'amaigrissement rapide du malade et l'état cachectique à brève échéance. (Thèse du Dr Guyenot-Outhier, Paris, 1890.) D'autre part, nous lisons dans le *Traité thérapeutique* de H. Soulier : « Le condurango est capable d'une action curative » sur l'estomac ; il a paru, prétend Binz, faire rétrocéder, » guérir des tumeurs cancéreuses de l'estomac et de l'œso- » phage ; les sensations d'étranglement, les vomissements, les » douleurs sont moindres ou supprimés, l'appétit revient, la » digestion s'améliore, l'état général se relève. Binz conclut » donc que le condurango est indiqué dans tous les cas de » cancer digestif, dans tous ceux où l'on peut soupçonner un » cancer de l'estomac ; il importe de commencer le plus tôt » possible.

» Un traité récent de Wilhelmy paraît confirmer ces faits. » L'*ulcère de l'estomac*, surtout associé à la chlorose, serait égale- » ment justiciable du condurango. Le condurango est encore » utile contre le catarrhe gastrique et contre l'anorexie des » phtisiques. »

PHARMACOLOGIE

Aucune préparation du condurango ne figure au Codex français. On l'a employé en poudre, en teinture alcoolique, en vin, en macération, en extrait fluide et en décoction. Les doses varient de 1 à 4 grammes de poudre par jour.

Les éléments actifs du condurango (condurangine, etc.) sont insolubes dans l'eau. M. Astier, pour faciliter les expériences cliniques, a traité l'écorce du condurango blanco, la seule qui doive être employée, par le procédé qui lui sert à granuler le quinquina et la kola.

Ce procédé consiste à traiter un végétal par les véhicules appropriés à la dissolution de ses principes actifs, de réunir ces liqueurs, de les évaporer dans le vide et de remplacer les matières inertes par le sucre.

Le condurango granulé Astier est appelé à prendre dans l'arsenal thérapeutique une place aussi brillante que ses deux aînés.

ANALYSES

Appareil de l'innervation

Tonnel et Raviart. — *Un cas d'endothéliome cérébral.* (Echo Méd. du Nord, 30 mai 1897, p. 241).

Homme de 62 ans, atteint, en 1890, d'une hémiplégie gauche totale à la suite de céphalalgies et de vertiges. Sept ans plus tard, on note l'état suivant :

Au point de vue de la motilité, le membre supérieur présente le type de flexion de ses différents segments les uns sur les autres, le membre inférieur présente aussi ce type de flexion, mais à un degré beaucoup moindre que le membre supérieur. Les muscles de la nuque sont contracturés, et la tête est inclinée sur l'épaule gauche sans aucune rotation d'ailleurs. Seule la face offre encore de la paralysie flasque du côté gauche, c'est-à-dire du même côté que l'hémiplégie. La lèvre est pendante à gauche. La joue gauche est immobile. La langue ne présente aucune déviation.

Du côté sain, la parésie du membre supérieur est plus marquée que celle du membre inférieur.

Les réflexes sont exagérés du côté gauche ; la trépidation épileptoïde existe un peu de ce côté. Rien à droite.

Les sensibiiités spéciales ne présentent rien de notable. Au contraire, la sensibilité générale est profondément atteinte du côté malade. L'anesthésie cutanée est totale, complète (les contacts, les brûlures, les piqûres laissent le malade indifférent), — les parties profondes : muscles, ligaments articulaires, nerfs, sont absolument insensibles. Toutefois la muqueuse pharyngée a conservé sa sensibilité, et le réflexe pharyngien est conservé à gauche comme à droite.

Etat de déchéance bientôt suivi de coma et de mort.

Autopsie : A l'ouverture du crâne, on constate une adhérence des méninges avec la boîte crânienne, au niveau de la partie antéro-supérieure du lobe frontal droit. En ce point, les méninges sont fusionnées entr'elles, et il est absolument impossible de les séparer l'une de l'autre. Sous ces méninges, s'enfonçant dans la substance cérébrale sous-jacente, on a rencontré une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, située sur le pied des deux premières frontales, ayant repoussé en arrière la frontale ascendante. Cette tumeur donnant peu de suc à la coupe se présentait isolée de la substance cérébrale voisine par une sorte de coque gris-rougeâtre. A l'examen histologique endothéliome.

A. Oliver. — *Tumeur cérébelleuse avec troubles oculaires; autopsie.* (University med. magaz. et Presse med., 12 déc. 1896, p. 672).

Homme de 38 ans, dans les antécédents duquel on trouve un traumatisme sur la région occipitale droite datant de sept ans. Le traumatisme fut suivi de douleurs violentes et paroxystiques à l'occiput. En décembre 1895, la céphalalgie prit le caractère lancinant, l'acuité visuelle diminua et des attaques de vertiges, avec quelquefois des vomissements, apparurent. En février dernier, à son entrée à l'hôpital, on remarqua que l'attitude et la marche étaient celles d'un sujet atteint d'une affection cérébelleuse. Le tronc et la tête étaient déviés à droite dans l'attitude forcée et ces attitudes s'exagéraient pendant la marche. La parole était embarrassée et l'idéation ralentie. Pas d'anesthésie, pas de paraplégie. Le réflexe tendineux était exagéré des deux côtés, avec une esquisse de clonus plus accentuée du côté gauche. Le malade avait les pupilles dilatées et, depuis quelque temps, la vision était abolie dans l'œil droit, tandis que, pour l'œil gauche, elle était limitée à l'objet fixé. La mobilité des globes oculaires était conservée. Cependant, on constatait un léger nystagmus horizontal à la limite du champ d'excursion. A l'examen ophtalmoscopique, on constata une névrite optique très marquée. Les symptômes se sont aggravés; il survint des vomissements et de l'incontinence des urines. Le malade tomba dans le coma et mourut d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva, au voisinage de la face inférieure de l'hémisphère cérébelleux droit, une tumeur oblongue dont le grand diamètre mesurait 5 cent. 1/2 et le court 2 cent. 1/2. La tumeur, partie de la face inférieure et externe du pédoncule cérébelleux moyen, avait rejeté en dehors le bulbe et le lobe latéral droit. L'examen histologique révéla un glio-sarcome avec dégénérescence kystique et dégénérescence des faisceaux pyramidaux dans la moelle.

L. Dor. — *Névrome malin.* (Soc. sc. Méd., Lyon, 15 mars 1897.)

L. Dor présente une tumeur maligne récidivée, née aux dépens d'une branche du nerf radial. L'intérêt qu'offre cette pièce réside dans ce fait qu'il s'agit, non d'un myxome ou d'une tumeur conjonctive quelconque du nerf, mais bien d'une tumeur spéciale, développée aux dépens des cellules à myéline qui constituent la gaine du cylindre-axe, tumeur qui, seule avec le névrome plexiforme, mérite le nom de névrome.

Appareil des sens spéciaux

De Mets. — *Glio-sarcome de la rétine. Injection de sérum anticancéreux.* (Le Scalpel, 6 juillet 1896.)

Enfant de 3 ans, dont l'œil gauche était atteint de glio-sarcome. La

tumeur est enlevée. Quatre jours après l'intervention, il s'est manifesté un œdème de la région et une tumeur à développement rapide déborda bientôt. Au lieu d'intervenir à nouveau, de Mets a employé les injections de sérum anticancéreux de l'Institut de Thalkirchen. Il en injecta tous les jours et progressivement 1/2 à 1, à 1 1/2 à 2 cent. cubes. Ces injections n'empêchèrent pas une issue fatale, mais l'auteur conclut qu'il eût mieux valu les employer avant toute opération, car l'action de ces injections a paru réelle et, à certain moment, elles ont manifestement enrayé la croissance du néoplasme.

F. Lagrange. — *Un cas de sarcome embryonnaire de l'orbite chez un enfant.* (J. méd. Bordeaux, 7 mars 1897, p. 109).

Enfant de quatre ans, présentant des cicatrices de brûlure ancienne du crâne et du côté gauche de la face. Chute sur la tête il y a deux mois et, à la suite, apparition d'une tumeur de l'orbite gauche. Du volume d'une grosse pomme, elle paraît s'être développée en avant, en dédoublant la paupière, et est de consistance molle. La conjonctive, distendue, est enflammée, velvétique. Pas de signe de tumeur pulsatile. Pas de réductibilité; l'œil est repoussé en bas et caché par la paupière inférieure. La température locale est de deux degrés plus élevée que de l'autre côté. Le rebord orbitaire est intact. L'exentération est pratiquée. Récidive du néoplasme quinze jours plus tard et, malgré une nouvelle intervention, réapparition locale, généralisation et mort. A l'autopsie, on a constaté un abcès dans le lobe frontal gauche et un envahissement par le néoplasme du sphénoïde et du pariétal du côté opposé.

L'examen de la pièce a révélé ce qui suit : le nerf optique est intact dans toute son étendue. L'œil, avec tous ses muscles, est complètement isolé de la tumeur; au-dessous d'elle, il est également facile de reconnaître le muscle élévateur de la paupière, ce qui nous permet de localiser le début du néoplasme entre ce muscle releveur et le périoste de la voûte de l'orbite.

La glande lacrymale est normale et absolument en dehors de la néoplasie.

La masse morbide est assez régulièrement arrondie; son tissu est blanchâtre, assez compact, sans lacunes, sans cavités kystiques, sans foyers hémorrhagiques autres que ceux déterminés par les ponctions exploratrices pratiquées avant l'intervention. La tumeur se prolonge du côté du sommet de l'orbite, mais elle n'envahit pas le crâne et ne dépasse pas le foramen opticum, ce qui a permis son extirpation complète.

Le volume de la masse morbide est celui d'une pomme de moyenne grosseur.

L'étude microscopique démontre la nature sarcomateuse de cette tumeur.

Gayet. — *Tumeur mélanique de l'œil et de la cavité orbitaire.* (Soc. de Méd., Lyon, 15 mars 1897.)

Homme porteur d'une tumeur mélanique de l'orbite. Cette tumeur, ulcérée à sa partie antérieure, ressemble, à s'y méprendre, à un mélanome interne de l'œil qui s'est fait jour à travers une cornée perforée, d'autant plus que les mouvements dont elle est animée semblent sous la dépendance des muscles moteurs du globe oculaire. Or, en 1883, ce malade subit un traumatisme de l'œil. Les lésions produites (luxation du cristallin dans la chambre antérieure, décollement de la rétine, perte de la vision) nécessitèrent l'énucléation faite en 1884. La coupe de l'œil fit découvrir sur l'hémisphère postérieur du globe trois taches mélaniques à évolution insidieuse. La cicatrisation de l'énucléation a été rapide. Le malade revient, treize ans après, porteur d'une tumeur mélanique, ayant débuté sur la conjonctive, au point de sa soudure avec le tronçon optique. La capsule de Ténon s'est moulée sur la tumeur, lui a transmis quelques mouvements, de façon à faire croire à l'existence d'une tumeur intra-oculaire.

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Liaras. — *Epithélioma de la luette et du voile du palais.* (J. Méd. Bordeaux, 3 janv. 1897, p. 8).

Homme de 75 ans souffrant, depuis 6 mois environ, de maux de gorge avec gêne de la déglutition et douleur. On constate une tumeur bourgeonnante et ulcérée comprenant la luette et s'étendant, en hauteur, à deux centimètres au-dessus et, en largeur, de la réunion des piliers d'un côté à la réunion des piliers de l'autre côté. Voile du palais mobile; haleine légèrement fétide. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ablation de la tumeur au galvano-cautère, suites opératoires simples. A l'examen microscopique, épithélioma lobulé pavimenteux.

Vitrac. — *Epithélioma de l'œsophage; envahissement de la trachée; ulcération de la carotide primitive droite et de la jugulaire interne gauche.* (Arch. cl. de Bordeaux, décembre 1896.)

Homme présentant, avec une dyspnée très intense, les signes d'une tumeur cervicale, dure et irrégulière, qui repoussait et fixait la trachée en avant, et qui avait des prolongements latéraux. Pas de troubles de la circulation. La dyspnée, intense depuis trois jours, datait de trois mois; une expectoration de matières sanguinolentes; depuis quelques jours seulement, dysphagie pour les aliments solides seuls. Une olive œsophagienne s'arrêtait au niveau de la tumeur.

Trachéotomie très facile ; état général bon pendant deux jours, malgré des quintes de toux fréquentes. Au cours d'une de ces quintes de toux, hémorrhagie foudroyante.

A l'*autopsie* on trouva qu'elle provenait d'une perforation de la carotide primitive, droite ; cette perforation communiquait avec une partie ulcérée de la tumeur trachéale. La jugulaire interne droite avait disparu dans un amas néoplasique, lui-même abcédé, dans lequel on retrouvait les bouts, trombosés et dégénérés, de la jugulaire. La muqueuse œsophagienne, d'apparence saine, n'était adhérente que sur un espace de deux à trois millimètres. Là existait seulement un état papillomateux de la muqueuse œsophagienne et l'origine de rares boyaux épithéliaux. Ailleurs la tumeur, qui a envahi la trachée, correspond au type épithélioma lobulé, avec globes épidermiques ; au type alvéolaire, dans les parties plus profondes ou frappées de nécrobiose. Les parois artérielles étaient infiltrées et ulcérées, en même temps que la tumeur.

V. Despeignes. — *Nouvelle observation de cancer traité par les rayons de Rœntgen.* (Lyon méd., 20 déc. 1896).

Vieillard de 83 ans, observé par Voigt et se plaignant depuis neuf mois de difficulté de la déglutition et de douleurs assez vives dans l'oreille gauche et dans les régions occipitale et cervicale du nerf facial gauche, dues à un petit ulcus cancroïde épithélial naissant du repli lingual et à une glande lymphatique gonflée.

Depuis le mois de mai le malade a reçu de la morphine chaque soir. Pendant les premières semaines du mois d'août la dose était de 15 milligrammes 2 ou 3 fois par jour.

C'est à partir du 28 août que les rayons Rœntgen ont été employés, en deux séances quotidiennes d'une demi-heure et parfois d'un quart d'heure seulement, au moyen d'un appareil donnant des étincelles de 10 centimètres. Les douleurs diminuèrent aussitôt d'une manière considérable. Pendant 15 jours, point de morphine, plus tard quelquefois une dose le soir pour procurer le sommeil.

Le 22 octobre, pneumonie et mort après 100 séances des rayons Rœntgen qui lui ont donné un soulagement considérable.

A noter aussi une particularité curieuse survenue après la 80e séance, c'est une pigmentation considérable de la peau de la région cervicale gauche, cette peau était devenue presque aussi noire que celle d'un nègre ; la même pigmentation se produisit du côté droit après que l'on eut dirigé les rayons de ce côté.

En résumé, le bénéfice principal retiré de ce mode de traitement a été une cessation complète de la douleur et s'il est presque démontré que l'action des rayons Rœntgen est nulle ou à peu près au point de vue de l'évolution de la maladie, il reste du moins acquis que les rayons X ont une action anesthésique remarquable qui peut rendre des services notables dans les affections chroniques douloureuses.

Bard. — *Cancer de l'œsophage. Troubles trophiques des membres supérieurs. Paralysie laryngée.* (Province médic., 6 mars 1897, p. 118).

Bard présente un néoplasme de l'œsophage, situé à la partie moyenne avec un noyau de généralisation au-dessous de la tumeur primitive, formant retrécissement au niveau du cardia ; le malade a succombé à une broncho-pneumonie de déglutition. Lorsqu'il était entré à l'hôpital, le sujet présentait des troubles vésaniques qui avaient pu faire songer à une paralysie générale. Le début de l'affection remontait à cinq ou six mois, mais, étant donné l'état intellectuel de l'individu, les anamnestiques ne pouvaient avoir aucune précision ; il se plaignait d'anorexie, de troubles de la digestion et non de la déglutition, et surtout d'une sensation de froid, au niveau des mains, qui étaient cyanosées, et présentaient comme troubles trophiques un sillon profond de séparation entre l'ongle ancien et l'ongle nouveau ; à aucun moment il ne se plaignit de douleurs au niveau des extrémités, si bien qu'on pouvait songer à une érythromélalgie, sans l'élément douleur, ou à une maladie de Raynaud ; au bout de quelque temps, il fut pris d'aphonie avec paralysie et atrophie de la corde vocale gauche, et subit le sort des néoplasmes œsophagiens.

A l'autopsie, on constata la présence de ganglions cancéreux nombreux, enveloppant l'œsophage et le récurrent ; rien du côté du plexus brachial.

A quoi étaient dus ces troubles trophiques, limités aux membres supérieurs, bilatéraux, sans élément douleur ? Leur origine nerveuse est indubitable, mais aucune lésion nerveuse n'a été révélée par l'examen macroscopique.

2° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

D. Giordano. — *Les indications de l'extirpation du rectum par la voie abdominale.* (La Clinica chirurgica, Milano, 1896. Estratto et Broch.)

Giordano rappelle que l'extirpation d'un organe, atteint de cancer, est le plus souvent illusoire, si l'on n'enlève pas en même temps les ganglions lymphatiques qui sont en rapport avec lui. De là le précepte de faire cette double opération en cas de cancer de la mamelle, de la langue et de l'utérus. Depuis deux ans, l'auteur a ainsi agi en ce qui concerne le cancer de l'utérus qu'il enlève par le ventre, et les résultats satisfaisants, qu'il en a obtenus, l'ont engagé à suivre la même voie pour le cancer du rectum. En un seul temps il pratique l'ablation du rectum, des ganglions iliaques, du tissu cellulaire

du méso-rectum et il forme avec le tronçon colique un anus iliaque.

Il a mis en pratique cette opération à peu près à l'époque où Gaudier et Chalot, en France, ont communiqué leurs procédés analogues d'ablation du rectum cancéreux. La malade de Giordano était une femme de 36 ans, présentant depuis une quinzaine de mois les symptômes de cancer rectal. On sentait dans la région iliaque gauche un cylindre dur se prolongeant dans la cavité pelvienne et par le toucher rectal on constatait une stricture de l'intestin transformé en tumeur dure, globuleuse, saignante et remontant très haut. La malade était dans un état d'émaciation prononcée.

Giordano décrit ainsi l'opération qu'il a pratiquée : « J'ouvre le ventre avec incision légèrement courbée au-dessus du pubis en détachant les muscles droits. Je reconnais la présence d'une tumeur cylindrique, qui occupe le rectum et une partie du sigmoïde avec ganglions infiltrés palpables seulement dans le meso ; on trouve aussi une salpingite muco-hémorragique, de la grosseur d'un œuf, à droite, avec sclérose et adhérences des annexes de gauche sur la face postérieure du ligament large. Je pratique, à droite, le salpingectomie et tout en les conservant, je réduis et rend libres les annexes de gauche.

Ensuite je lie et isole les deux artères iliaques internes et les hémorroïdales dans le meso au-dessus du niveau malade de l'intestin. Après avoir lié à ce niveau le sigmoïde avec deux gros fils en catgut, je sépare au-dessous de la ligature de l'hémorroïdale le meso avec des ciseaux et je le détache avec ses ganglions en même temps que le cellulaire pelvien de la concavité du sacrum, le péritoine de Douglas étant incisé. Ayant poussé ainsi l'isolement au bas jusqu'où le doigt peut arriver, je tamponne avec de la gaze ; je fais placer la femme en position sacro-dorsale et, l'anus fermé avec un point de soie passé et serré comme le cordon d'une blague, je l'entoure avec une incision elliptique poussant rapidement en haut la dissection pour arriver sur la partie isolée du ventre La dissection étant faite sur des tissus anémiques, il suffit d'appliquer seulement quatre pinces hémostatiques sur quelques vaisseaux saignants.

Ayant abaissé la masse morbide avec le cellulaire qui l'entoure et bouché la brèche autour, je ferme le ventre avec une suture par couches, laissant au milieu un tampon de gaze iodoformée qui, plongeant dans le bassin, sort sur le pubis. Je fais l'amputation de l'intestin entre les deux liens placés sur la partie saine et le moignon colique est fixé à la peau avec deux points de suture. Enlevant alors le lien de ce moignon, j'y fixe, à l'aide d'un nœud circulaire, un gros tube à drainage, qui vient déboucher loin du champ d'opération. Ce tube, qui sort de l'intestin, plonge aux pieds du lit, dans un récipient qui contient du permanganate de potasse. »

L'auteur, après avoir donné quelques détails sur les suites de cette

opération, qui a permis d'enlever trente centimètres d'intestin et qui s'est terminée par la guérison rapide, discute certains points opératoires et insiste sur la grande économie de sang réalisée par la ligature préventive des iliaques internes et des hémorroïdales.

Boas. — *Diagnostic précoce d'un cancer stomacal, opération, guérison.* (Médec. mod., 13 janvier 1897, p. 30).

Homme de 25 ans, venu en juin 1896 consulter pour des troubles digestifs (pression épigastrique, éructations, vomissements). Depuis six mois il avait maigri de 10 kilogrammes, mais il n'était pas encore cachectique. L'examen ne donna aucun résultat pour le diagnostic, on ne sentit aucune tumeur. L'examen du contenu stomacal fut plus fructueux. Il montra que l'estomac n'était jamais vide, qu'il restait le matin des matières à réaction acide (acide lactique) dans l'estomac. On trouvait encore dans ces matières des spirilles. Il faut signaler que le patient était tombé il y a deux ans de deux mètres de hauteur sur le sacrum, sans que cette chute eût des conséquences particulières. Les résultats de l'examen et les symptômes permirent de diagnostiquer avec une certitude relative un cancer stomacal ayant déterminé un rétrécissement. L'opération démontra l'exactitude du diagnostic : tumeur du pylore. Cette tumeur étant circonscrite put être enlevée en totalité. La guérison se fit sans incident, le patient digère bien aujourd'hui, il a depuis ce temps augmenté de 15 kg. 5 et peut travailler parfaitement.

La tumeur était un adéno-cancer ayant le volume de la moitié d'une pomme. Ce cas montre qu'en l'absence du signe d'une tumeur donné par la palpation, il peut y avoir indication d'opérer en s'appuyant seulement sur la marche de la maladie et l'examen chirurgical, ce qui était impossible avant le perfectionnement de la méthode chimique. Si l'on attend que le diagnostic soit assuré par la palpation du cancer, la maladie se trouve le plus souvent dans un stade trop avancé pour l'extirpation totale.

Boas a encore rapporté un deuxième cas dans lequel le diagnostic précoce put être également fait, ce qui permit de procéder à l'opération avec le même résultat heureux.

V. Despeignes. — *Un cas de cancer de l'estomac traité par les rayons de Rœntgen.* (Indépendance Méd., 5 août et 9 sept. 1896).

Il s'agit d'un cas de cancer de l'estomac, pour lequel on avait utilisé les rayons X. Il y a eu d'abord amélioration des phénomènes douloureux, mais de peu de durée et le malade est mort assez rapidement cachectique. Cependant l'auteur fait remarquer que dans ce cas, trois faits importants ont suivi l'emploi des rayons Rœntgen;

d'abord une amélioration notable et rapide de l'état général, amélioration qui n'a pas persisté au delà de dix à douze jours; puis une diminution très notable du volume de la tumeur; enfin une suppression radicale de la douleur.

B. Lyonnet. — *Néoplasme de l'estomac avec généralisation au cœur.* (Province Méd. 6 mars 1897, p. 117).

Sur une malade, à la suite d'accidents rapportés à un cancer de l'estomac, on a trouvé un épaississement des tuniques de cet organe avec rétrécissement de l'orifice cardiaque et généralisation à la plupart des organes. Comme particularités intéressantes on a relevé : l'apparition de l'ascite chyleuse ; l'envahissement des ganglions de Troisier, très volumineux, ayant provoqué une dilatation unilatérale des veines du thorax ; la nature histologique douteuse de ce néoplasme, qui ressemble fort à une linite plastique et, enfin, la généralisation au cœur.

Cette généralisation au cœur, remarque l'auteur, est bien connue, mais ce fait est en désaccord complet avec l'opinion formulée par MM. Pic et Bret (Revue de Médecine, 1890), sur le cancer du cœur ; car, pour ces auteurs, le poumon serait toujours envahi avant le myocarde et constituerait une étape intermédiaire indispensable.

Burghard. — *Cancer de la valvule iléo-cæcale. Résection.* (Médec. Mod., 17 Mars 1897, p 172).

Homme de 45 ans, atteint d'une tumeur de la fosse iliaque droite avec troubles intestinaux depuis 8 mois. La laparotomie montre une volumineuse tumeur, occupant la valvule iléo-cœcale et le caput cœci. Ablation de cette tumeur. L'extrémité ouverte de l'iléon fut ensuite abouchée et fixée au côlon ascendant, sur la face interne duquel on avait pratiqué une ouverture verticale à un pouce et demi au-dessus du point où il avait été sectionné ; puis cette partie terminale fut invaginée et fermée avec deux sutures continues. Convalescence rapide. La tumeur, cancer à cellules cylindriques, comprenait six pouces de l'iléon avec le cœcum et son appendice.

H. Schlesinger. — *Les tumeurs sarcomateuses de l'estomac.* (Zeitschr. f. klin. medic. 1897, vol. XXXII).

L'auteur a réuni dans ce travail une trentaine d'observations de *sarcome* de l'estomac, dont trois personnelles. La sarcome primitif de l'estomac, qui peut survenir à tout âge, se rencontre le plus souvent entre vingt et trente-cinq ans. Il semble plus fréquent chez la femme (19 cas) que chez l'homme (11 cas).

Tantôt le début est insidieux, lent, et c'est l'amaigrissement pro-

gressif qui attire en premier lieu l'attention du malade. Dans d'autres cas, on trouve un syndrome stomacal assez complet : perte d'appétit, sensation de plénitude abdominale, renvois acides, quelquefois vomissements fréquents, douleur stomacale. Peu à peu, tous ces symptômes s'accusent, et on note une anorexie absolue, des vomissements couleur de café, du melæna alternant avec des diarrhées profuses. Puis apparaît la tumeur qui, au point de vue clinique, a les mêmes caractères que le carcinome.

L'examen chimique du contenu stomacal donne des résultats très variables; le plus souvent, on ne trouve pas d'HCl libre; l'acide lactique est quelquefois abondant; d'autres fois, il fait défaut. L'urine, dont la quantité est diminuée, renferme souvent de l'albumine. L'examen du sang montre une leucocytose d'intensité moyenne avec oligocythémie et poikilocytose.

La cachexie est rapide et très accentuée, et la durée de l'affection varie de quelques mois à trois ans et peut être évaluée, en moyenne, à un an ou dix-huit mois.

Le diagnostic différentiel entre le sarcome et le carcinome est le plus souvent impossible. Toutefois on pensera à un sarcome, quand la rate est hypertrophiée et quand il existe en même temps des lésions néoplasiques dans les amygdales et dans la langue (nodules saillants, verruqueux).

Comme pour le carcinome le pronostic est grave, aucune médication n'étant efficace et le traitement chirurgical ne pouvant être de quelque utilité que s'il est appliqué de bonne heure.

Gockel. — *Du rôle du traumatisme dans le cancer du tube digestif.* — (Archiv. für Verdam Krankheit., 30 déc. 1896).

L'auteur estime, comme Virchow, que le traumatisme, en un point prédisposé, agit comme facteur principal sur le développement du cancer. Il cite à l'appui de cette opinion de nombreux documents. Après avoir rappelé que l'action du traumatisme ne paraît pas contestable pour les cancers qui apparaissent sur la peau, les mamelles, les lèvres, la langue, le vagin (pessaire) en des points où ces différents organes sont fréquemment contusionnés, il montre qu'il en est de même pour certaines parties du tube digestif.

C'est ainsi que le tiers supérieur de l'œsophage, le cardia, le pylore sont constamment exposés à des frottements continuels par le fait du passage des aliments et des corps étrangers. Ce même traumatisme agit également sur la petite courbure de l'estomac, la valvule de Bahhin, l'S iliaque, l'anus, qui ne peuvent se dérober à son action.

Quant à la prédisposition, de même que sur les autres organes on observe des points de moindre résistance, de même elle se trouve

réalisée dans le tube digestif par les profondes transformations que subit à la longue la muqueuse.

Gockel donne le relevé des cancers du tube digestif qu'il a observés. Sur 60 cas, dans lesquels l'hérédité ne pouvait être invoquée, il a noté 7 fois le traumatisme comme origine manifeste de la maladie, ce qui donne une proportion de 11 pour 100, comme pour les cancers de la peau.

William Duncan. — *Cancer du rectum et opération césarienne.* (Médec. mod., 6 janv. 1897, p. 14).

Multipare âgée de 36 ans, souffrant d'un cancer avancé du rectum qui remplissait le bassin, laissant un diamètre antéro-postérieur de seulement 2 pouces 1/2. A son admission elle était enceinte d'un peu plus de 7 mois.

Quinze jours avant la fin de la gestation elle fut prise de douleurs pendant la matinée et on opéra le jour même à 1 h. 1/2.

On ouvrit l'abdomen par une incision de 4 pouces, exposant l'utérus qui, alors, fut ouvert avec précaution sur la ligne médiane par une incision d'à peu près la même longueur; il y eut très peu d'hémorragie de la paroi utérine. L'organe fut maintenu en contact avec la paroi abdominale afin d'empêcher l'épanchement d'un liquide quelconque dans la cavité abdominale.

Le fœtus que l'on trouva dans la première position de vertex fut enlevé tête première de la cavité utérine; l'utérus fut alors amené hors de la paroi abdominale et le placenta exprimé à travers l'incision. On eut bien soin d'enlever tout le revêtement décidual de l'utérus, puis la paroi utérine incisée fut cousue avec une demi-douzaine de sutures profondes en soie passées à travers la totalité du muscle utérin sans intéresser la membrane muqueuse.

Le péritoine fut ensuite uni séparément par des sutures superficielles en soie insérées entre les profondes, puis les trompes de Fallope furent liées dans deux endroits; les ligatures étant chacune à une distance d'un pouce, chaque trompe fut alors divisée entre les ligatures.

L'utérus se rétrécit fermement, la contraction étant aidée par une injection de 3 grains d'ergotine dans le muscle Gluteus; l'organe fut alors remis dans la cavité de l'abdomen et la paroi abdominale fermée en trois rangées. L'opération prit moins de 3/4 d'heure.

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Bard et Piéry. — *Cancer primitif du foie à marche aiguë.* (Médec. mod., 17 mars 1897, p. 173).

Homme de 32 ans, alcoolique. Peu après un érysipèle de la face, hypertrophie considérable du foie avec épistaxis, ascite et pleurésie

hémorragiques, anurie et fièvre ; à l'autopsie, foie pesant 5 kil. 80, farci de noyaux cancéreux avec généralisation cancéreuse Deux noyaux dans le poumon droit.

Fichet. — *Sur un cas de cancer de l'ampoule de Vater* (J. méd. Bordeaux, 22 nov. 1896, p. 517).

Femme de 62 ans, atteinte d'une tumeur mobile, arrondie au-dessous du foie. État cachectique. Mort. Autopsie. A noter en particulier les lésions suivantes :

La vésicule biliaire est remplie de liquide biliaire et forme une tumeur pyriforme, du volume d'une orange, descendant dans le voisinage de la fosse iliaque. Elle est adhérente par son fond et sa face inférieure à l'angle droit du côlon. Le foie est petit, ratatiné, parsemé de taches fibreuses qui épaississent par place la capsule d'enveloppe. Sa coloration est verte foncée. La vésicule biliaire se continue avec le canal cholédoque, très distendu et gros comme le doigt indicateur. Par la palpation, on ne trouve dans la vésicule ni dans le cholédoque trace de calculs biliaires.

En suivant ce canal jusqu'à son abouchement dans le duodénum, on constate l'existence d'une masse indurée diffuse occupant l'ampoule de Vater et envahissant la tête du pancréas. Après avoir ouvert le duodénum le long de sa face antérieure, on s'assure que l'ampoule de Vater est tuméfiée, rougeâtre. A sa partie gauche, il existe une ulcération serpigineuse de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, empiétant sur les parois intestinales. Plus profondément, la tête du pancréas est également envahie par un tissu néoplasique blanc jaunâtre, infiltrant le tissu glandulaire et l'ayant remplacé.

Le corps du pancréas paraît à l'œil nu à peu près sain. On ne retrouve aucune dilatation du canal excréteur.

Le péricarde contient un épanchement hémorrhagique.

Appareil de la respiration

Lacroix. — *Le début du cancer laryngé.* (Scapel, 27 déc. 1896, p. 171).

Si le diagnostic du cancer laryngé est facile à la période ultime de son évolution, il n'en est pas de même au début. Son début est lent, insidieux ; on peut même dire qu'il passe inaperçu. Il existe cependant des signes assez précoces qui peuvent mettre sur la voie, tels que trouble de la phonation, dyspnée, salivation plus abondante. Il n'y a pas de ganglions, pas de tumeur, pas d'amaigrissement. Mais au laryngoscope, on observe, suivant les circonstances, une infiltration d'une bande ventriculaire qui est tuméfiée, tomenteuse,

rouge vineux, un épaississement d'une corde vocale, des noyaux mamelonnés dans l'épiglotte. D'autres fois, la tumeur simule un polype ou des papillomes. L'infection commence par un point et s'y localise longtemps.

Ces modifications peuvent persister telles, pendant longtemps et passer inaperçues. Puis tout à coup les événements se précipitent, et les symptômes graves : adénopathie, fétidité de l'haleine, douleurs auriculaires, amaigrissement, cornage et tirage respiratoires apparaissent. L'intervention chirurgicale est alors devenue impossible, tandis qu'elle aurait pu être d'une grande utilité au début. Le cancer du larynx, ayant en effet peu de tendance à la généralisation, présente l'avantage d'être moins sujet aux récidives lorsque l'ablation est complète. Toutefois l'extirpation de la tumeur par voie endolaryngée est difficilement totale et ne peut être recommandée que dans les cas particuliers et rares ; mais restent la laryngectomie et l'hémi-laryngectomie qui ont donné de bons résultats.

A. Baurowicz. — *Cancer pédiculé de l'épiglotte.* (Arch. f. Laryng. u. Klin. 1896, vol. IV, 2).

Il est assez rare d'observer un cancer pédiculé du larynx. Dans ce cas il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans, qui éprouvait, depuis un mois, de la dyspnée et de la gêne à la déglutition en même temps qu'une sensation de corps étranger dans la gorge, sans douleur véritable. L'entrée du larynx était obstruée par une tumeur qui ne laissait voir que le bord du repli ary-épiglottique gauche et le sommet de l'aryténoïde; la partie de la tumeur accessible à la vue offrait une surface irrégulière exulcérée. Le néoplasme était animé de mouvements assez étendus pendant la respiration et surtout pendant la phonation; l'intégrité de sa voix permettait de supposer que les cordes vocales n'étaient pas atteintes, ou, tout au moins, que la tumeur ne venait pas jusqu'à leur contact. Il existait un ganglion petit et dur sur le côté droit du larynx.

On diagnostiqua un carcinome pédiculé de l'épiglotte et l'on résolut de l'enlever par la voie sous-hyoïdienne. Mais la trachéotomie préalable ayant été faite, le malade s'affaiblit rapidement, fut pris de broncho-pneumonie et mourut au bout de quelques semaines. L'autopsie confirma de tous points le diagnostic clinique.

Appareil de la sécrétion urinaire.

Ch. Finck. — *Contribution à l'étude du traitement du cancer de la vessie chez l'homme.* (Thèse de Lyon, 1896).

Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

Les tumeurs cancéreuses de la vessie sont presque toujours ma-

lignes, ou le deviennent dans la suite ; elles siègent de préférence dans la partie inférieure de l'organe, tendent à prendre des formes étendues, s'infiltrent beaucoup au-delà de leur base apparente d'implantation, évoluent très lentement et provoquent, contrairement à l'opinion généralement admise, la dégénérescence cancéreuse des ganglions.

Leur traitement doit être de préférence palliatif chez l'homme.

L'opération palliative (ou suture de la vessie, suivie de l'excision des principales excroissances, ou de raclage, de thermo-cautérisation de la surface envahie, etc.) est supérieure à la cystectomie totale, toujours suivie de mort chez l'homme ; elle est supérieure à la cystectomie partielle par une moindre mortalité opératoire, surtout dans les cas de cancer du bas fond ; elle doit être préférée à cette dernière dans les formes étendues, où la presque totalité de la vessie devrait être enlevée, dans les cas à marche lente où la durée de la survie, ajoutée à celle de l'évolution de la maladie, est supérieure à celle fournie par la cystectomie ; dans les cas de propagation aux organes voisins et aux ganglions, où le délabrement opératoire serait trop considérable et où la récidive est la règle ; dans ceux enfin où la cachexie et la gravité des symptômes ne peuvent pas faire espérer la résistance du malade au choc opératoire.

Les symptômes sont favorablement influencés, les hématuries cessent, la cystite et la douleur s'amendent, les orifices naturels retrouvent peu après leur calibre normal, la miction est rendue plus facile, l'état général se relève. Dans les cas très graves on pratiquera la cystostomie sus-pubienne.

La survie moyenne est supérieure à celle des cystectomisés ; elle peut être augmentée par des opérations itératives dirigées contre la récidive qui survient, en moyenne, un an après l'intervention.

Le pronostic du cancer étant fatal, les opérations économiques sont parfaitement légitimées, elles ont déjà donné de nombreuses preuves de leur valeur dans les affections similaires d'autres organes que la vessie.

E. Loumeau. — *Gros épithélioma vésical. Ablation par la taille sus-pubienne. Récidive. Mort 10 mois après l'opération.* (J. Méd. Bordeaux. 14 fév. 1897, p. 75).

Femme de 51 ans : Hématuries depuis 4 ans et signes de cystite douloureuse. L'examen fait constater une grosse tumeur vésicale, à base assez large, implantée à gauche du col. Taille sus-pubienne médio-latérale ; section de la tumeur au ras de son insertion ; curettage et cautérisation de la surface d'implantation. Suture partielle de la vessie ; drainage avec tubes de Périer. Sonde à demeure pendant deux mois ; puis réapparition des douleurs, des hématuries ; extension du néoplasme ; cachexie et mort 10 mois après l'opération.

J. Israel. — *Tumeur du bassinet.* (Médecine mod., 18 novembre 1896, 709).

Cette tumeur a été enlevée sur un homme de 52 ans, atteint depuis longtemps d'abondantes hématuries. L'examen cystoscopique avait fait exclure une hémorrhagie de la vessie. Par la palpation de la région lombaire droite, point plus résistant et de consistance variable. Rein lisse. Urines contenant de grandes cellules épithéliales granuleuses. On diagnostique une tumeur du bassinet. Extirpation du rein. Celui-ci était sain et le bassinet était le siège d'une tumeur du volume d'une framboise. Pas d'examen microscopique.

Heydenreich. — *Sarcome du rein droit.* (Rev. Méd. de l'Est, 1er janv. 1897, p. 26).

Enfant de 5 ans. Tumeur semblant faire corps avec le foie et développée depuis huit mois. Laparotomie : on constate qu'il s'agit d'un sarcome du rein droit. Néphrectomie. Mort onze heures plus tard. La tumeur pesait 1470 grammes et était un sarcome à petites cellules.

Girard. — *Sarcome du rein,* (Dauphiné méd., janvier 1897, p. 21).

Enfant de 3 ans, atteint d'une tumeur que le palper bi-manuel délimitait, du reste, nettement dans la profondeur de l'hypochondre droit, tandis que la sonorité du côlon ascendant perçue en avant de la masse sentie, permettait d'affirmer son origine rénale, quoique un signe important, l'hématurie, ait toujours fait défaut.

Le début en remontait à 4 mois, et sauf des douleurs sourdes constantes à son niveau aucun signe ne spécifiait sa malignité possible, pas d'amaigrissement, circulation collatérale veineuse assez développée, pas de ganglions inguinaux, ni sus-claviculaires.

Incision oblique et latérale de la paroi abdominale ; ablation, par la voie intra-péritonéale, de la tumeur dont on peut préciser alors microscopiquement la nature sarcomateuse. Un fait remarqué est la petitesse de l'artère rénale et le volume considérable des sinus veineux qui l'accompagnaient. Pas ou très peu d'adhérences. Opération facile, rien ne pouvait faire craindre le dénouement fatal qui se produisit brusquement 6 heures environ après l'intervention (l'autopsie n'a pu être faite).

F. Kaiser. — *Tumeurs malignes du rein.* (Hygiea (Suède), juillet 1896).

Après avoir étudié le diagnostic de ces tumeurs l'auteur en rapporte sept observations, dont cinq chez des vieillards, une chez une adulte et la septième chez un enfant de deux ans et demi. Quatre

de ces malades seulement furent opérés ; deux succombèrent peu après l'opération, un troisième quelque temps après.

L'auteur mentionne encore quatre néphrectomies plus récentes avec une mort rapide et trois survies de plusieurs années.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de la femme

G. Durante. — *Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire.* (Rev. méd. de la Suisse romande, Nov. 1896).

La première partie de ce mémoire est consacrée à l'étude de l'étiologie et de la symptomatologie de cette affection, puis vient une description détaillée de ce qui concerne l'étude histologique, et surtout la pathogénie de ce néoplasme.

L'élément caractéristique du déciduome malin est représenté par des amas protoplasmiques de forme et de volume variables, chargés de chromatine, multinucléés, sans membrane d'enveloppe et sans démarcation cellulaire. A côté de ces masses plasmodiales existent, parfois, des cellules claires, rondes ou polygonales, mononucléaires qui, suivant l'auteur, dériveraient du mésoderme fœtal, et ne seraient qu'un élément inconstant, faisant souvent défaut, sans entraîner de modifications essentielles dans la nature de la tumeur. Les masses plasmodiales seules sont ici l'élément constant et caractéristique du néoplasme, qui ne saurait être considéré comme une tumeur mixte.

Les vaisseaux, signalés dans quelques observations, font, la plupart du temps, défaut. La vitalité extrême de cette tumeur, en apparence privée de vaisseaux, s'explique par un système de circulation tout spécial, dont le développement, minutieusement décrit, peut se résumer de la façon suivante. Les masses plasmodiales présentent une affinité toute spéciale pour les vaisseaux utérins qu'elles envahissent de bonne heure, qu'elles enveloppent, dont elles détruisent, enfin, les parois, en s'y substituant, de façon à constituer un système lacunaire tapissé par ces masses plasmodiales, et dans lequel se fait une circulation identique à celle que l'on observe dans les lacs sanguins du placenta. On comprend combien une pareille circulation est propre aux hémorrhagies, et l'envahissement rapide des vaisseaux explique, d'autre part, également la précocité des métastases.

En ce qui concerne l'origine et la pathogénie du déciduome, Durante montre qu'il ne provient pas de la caduque, mais du syncytium placentaire, qui lui-même tire son origine de l'ectoderme fœtal. Les analogies entre le développement placentaire et le mode d'évolution du déciduome sont frappantes.

L'auteur insiste sur cette idendité presque complète, et s'appuie

sur elle pour considérer le déciduome malin comme une tumeur développée aux dépens de cette portion de l'ectoderme fœtal qui édifie le placenta (ectoplacenta de M. M. Duval). Il ne s'agit donc pas d'un sarcome, ni même d'une tumeur mixte, ainsi qu'on l'a soutenu, mais d'une tumeur purement *épithéliale*, d'un *épithélioma ecto-placentaire*, où le sang circule dans des canaux tapissés d'un revêtement ectodermique, phénomène unique dans l'histoire des tumeurs, mais que l'on retrouve dans le placenta normal.

Du reste, l'ectoderme fœtal, au niveau du placenta, se conduit comme une tumeur maligne qui ne dépasse pas, normalement, la caduque, et sera éliminée complètement à la délivrance. L'*épithélioma ecto-placentaire* peut être, de même, comparé à une extension anormale, à une véritable *récidive maligne de l'ecto-placenta physiologique*.

Mme Oubesco-Stroganoff. — *Un cas de déciduome malin.* (Vrath. 1887, n° 47).

L'hystérectomie ayant été pratiquée, l'examen histologique a démontré que le néoplasme était constitué par des cellules du syncytium, des cellules de la couche de Langhans et de grandes cellules nucléées. La tumeur est donc d'origine fœtale et ne mérite pas l'appellation de déciduome malin qui fait croire à son origine dans la caduque utérine.

Julia Cock. — *Déciduome malin avec nécropsie et examen microscopique.* (Brit. méd. J., 26 décembre, et Semaine gynéc., 2 mars 1897, p. 71).

Femme de 30 ans, accouchée d'un quatrième enfant depuis trois semaines, perte modérée au moment de l'accouchement, se lève le quatorzième jour et perd légèrement; hémorrhagie profuse quelques ours après lorsqu'elle se lève de nouveau. Examinée deux jours après le 19 juin : Exsangue, t° à 102° F., p. 120, en léthargie : utérus haut, orifice fermé, peu d'écoulement.

Le 20, on enlève, sous l'éther, avec le doigt et la curette, une masse adhérente à la paroi postérieure et ressemblant à du placenta. La léthargie dure encore trois jours et fait place à du délire qui se prolonge jusqu'au 12 juillet ; bien, du reste, sans fièvre ni hémorrhagie depuis l'opération. Du 13 au 25 juillet, reprise de la fièvre, vomissements et expulsion quotidienne de caillots, affaiblissement jusqu'à la mort avant qu'on ait eu le temps de faire l'hystérectomie vaginale qui avait été décidée.

A l'autopsie on constate des nodules néoplasiques disséminés en grand nombre dans les deux *poumons* et variant du volume d'un pois à celui d'une petite noix. Vagin rempli par un gros caillot, sans néoplasme ; *l'utérus*, incisé longitudinalement, laisse voir une masse

ovoïde, émanée de la paroi postérieure, emplissant la cavité et d'aspect granuleux : caillots fibrineux adhérents à sa surface; pas d'odeur fétide. Toute l'épaisseur de la paroi est envahie au point que la tumeur est apparente sous le revêtement péritonéal. Muqueuse pâle et normale en dehors de la surface d'insertion du néoplasme, *ovaires* kystiques ; le droit contient un nodule du volume d'un gros pois. Rien dans les autres organes.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un déciduome malin.

Inglis Parsons. — *Adénome malin de l'utérus.* (Brit. Méd. J. et Semaine gynéc. 15 Décembre 1896, p. 366).

Femme sans antécédents spéciaux, atteinte, à l'âge de 45 ans, d'un écoulement brunâtre peu abondant, non odorant, et de douleurs expulsives violentes et continues; utérus devenant progressivement volumineux : col entr'ouvert, noueux. Durée de la maladie, terminée par la mort, sans opération, un peu plus d'un an.

L'examen histologique, fait à une période avancée, c'est-à-dire après invasion des ligaments, montre bien qu'il ne s'agissait pas de carcinome. Les lésions, consistent en une prolifération de glandes de toutes grandeurs et de toutes formes dont un petit nombre présentent au fond une papille, et limitées de cellules cylindriques ou allongées. Le stroma est constitué d'un feutrage léger de tissu cellulaire rare par places, abondant en d'autres. Absence des masses épithéliales caractéristiques du carcinome ordinaire. Cliniquement la maladie a différé aussi par la précocité, et l'intensité de la douleur, signe manquant trop souvent dans le carcinome qui ne se révèle souvent qu'après l'invasion des tissus voisins. Dans ce cas il n'y a pas eu non plus d'écoulement fétide, même à une période avancée, et au lieu des nodules friables et ulcérés on trouvait sur le col des nodosités plutôt molles et élastiques.

R. M. Stone. — *Un cas de tumeur maligne de l'utérus traité par les toxines de l'érysipèle et du Bacillus prodigiosus.* (Medical Record et Semaine gynéc. 19 juin 1897, p. 23.

Femme de quarante deux ans, multipare, présentant une teinte cachectique et un amaigraissement notable à la suite de métrorrhagies qui durent depuis six mois.

Le col est hypertrophié, sa muqueuse présente des érosions saignant facilement et l'orifice admet l'extrémité de l'index.

L'utérus est volumineux et pesant, et le ligament large du côté droit est le siège d'infiltrations. Tous les signes indiquent une tumeur maligne. Curettage de l'utérus suivi de l'amputation du col.

L'examen microscopique hésite entre un épithélioma et un sarcome.

Pendant les douze jours qui suivent l'opération, la malade est dans

un état satisfaisant, puis survient une période de seize jours où on note cinq hémorragies presque fatales; la mort semblait imminente.

Traitement par les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. Amélioration.

On augmente alors la dose des toxines injectées, mais vingt minutes après un frisson éclate, bientôt suivi de délire et le pouls est imperceptible. Les urines se suppriment, la température du soir atteint 104 1/2° F. et la mort semble imminente.

On a recours aux stimulants, à la morphine et à la strychnine par voie hypodermique. Treize jours après, on recommence les injections de toxine à doses plus modérées.

Trois semaines plus tard, les sécrétions utérines sont presque taries; on ne trouve plus un seul noyau dans les ligaments larges et les fongosités disparaissent sur le moignon du col emporté. Onze mois après le début du traitement, la malade pèse 10 livres de plus que son poids normal. Etat excellent. Pas de douleurs pelviennes, ni de dysménorrhée.

Bowreman Jessett. — *Diagnostic précoce du cancer du corps de l'utérus.* (Brit. Med. Journal, et Semaine gynéc. 15 Décembre 1896, p. 367).

Communication, basée sur 75 cas, discutant les causes de difficulté du diagnostic précoce du cancer du corps, le degré d'importance à donner aux divers symptômes, particulièrement à l'examen microscopique, préconisant, pour le traitement, l'hystérectomie totale. En résumé 1° chez toute femme présentant de la leucorrhée, on doit faire l'examen vaginal; 2° si, à l'examen, on voit l'écoulement sourdre de l'orifice, chez une femme ayant atteint ou dépassé la ménopause, surtout si l'écoulement est légèrement coloré et odorant, on doit dilater et faire un curettage explorateur pour l'examen microscopique; 3° si cet examen l'indique, faire sans délai l'extirpation totale de l'organe; 4° même dans les cas avancés, tant que l'utérus reste mobile, c'est le moyen qui donnera le plus de soulagement et prolongera le plus l'existence.

Purcell a, pour sa part, opéré 63 cas : la mortalité a été de 12, c'est-à-dire 19 p. cent., une opérée vit encore après 12 ans, 3 après 6 ans, 3 après 3 ans, 12 après 2 ans, 11 survivantes ont été opérées depuis moins de 2 ans. Sur 51 qui ont survécu à l'opération, 30, ou 56.8 p. cent, vivent encore et 21 ont succombé à la récidive.

Le Dentu et Pichevin. — *Diagnostic d'un cancer utérin à l'aide du curage explorateur. Hystérectomie vaginale. Guérison datant de près de 6 ans.* (Semaine gynécol., 23 fév. 1897, p. 57).

Observation d'une femme de 58 ans. Ménopause en 1882. Huit ans

plus tard hémorragie utérine de plusieurs jours qui se renouvelle pendant plusieurs mois. Hypertrophie de l'utérus. Etat général bon. Un curage explorateur fait reconnaître qu'il s'agit d'un carcinome développé aux dépens des glandes du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale en avril 1891. Guérison persistante depuis cette époque.

W. Russel. — *Importance opératoire des métastases et récidives post-opératoires dans le carcinome de l'utérus.* (Amer. J. of obstetr., 9 déc. 1896).

Ce travail se termine par ces conclusions :

1° Les cancers de la portion vaginale du col tendent à se propager à la surface de la muqueuse vaginale ou dans la couche sous-muqueuse et lorsque le cas n'est pas inopérable, on doit pratiquer une résection très large des parois vaginales.

2° Ces tumeurs sont habituellement épithéliomateuses, et n'ont que peu de tendance aux métastases. Si l'ablation des tissus atteints est complète, le pronostic est bon.

3° Les tumeurs du col sont ordinairement des adéno-carcinomes et constituent par leur siège la forme la plus maligne des cancers utérins. Le paramétrium et la vessie sont les points incriminés, et le premier doit toujours être enlevé le plus complètement possible.

4° Les adéno-carcinomes du corps sont les plus accessibles aux interventions chirurgicales avec un pronostic des plus favorables.

5° L'hystérectomie pour carcinome du corps doit comprendre une résection large des ligaments larges, des annexes et des ligaments ronds.

6° On doit explorer les ganglions pelviens et les enlever, si c'est possible, dans tous les cancers de l'utérus.

7° L'impossibilité de déterminer quelle est l'étendue des lésions on doit procéder, dans tous les cas, à l'ablation complète de tous les organes et tissus susceptibles d'être intéressés. Par suite, l'amputation supra-vaginale du col pour les cancers du corps doit être condamnée au même titre que l'amputation du col pour lésions malignes.

8° Les meilleurs procédés connus jusqu'à présent sont ceux de J. G. Clark et Emil Ries, parce qu'ils permettent d'aborder largement les lésions.

9° Il est utile de toujours confirmer le diagnostic par un examen histologique, pour en tirer de précieuses indications opératoires relativement aux propagations possibles.

10° Le danger de greffer des cellules cancéreuses sur les surfaces avivées n'est plus contesté, et l'on doit s'entourer de toutes les précautions pour prévenir cette complication.

Nathan G. Bozeman. — *Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus et de la vessie chez la femme.* (The Journal of the Americ. med. Assoc. et Semaine Gynéc., 2 mars 1897, p. 70).

L'auteur envisage principalement le traitement du cancer du col de l'utérus et de la vessie, lorsque les lésions sont devenues inopérables ou que l'opération a été suivie de récidive.

Les femmes atteintes de cancer inopérable du col se plaignent surtout d'hémorrhagies et d'écoulements fétides par le vagin. Le toucher vaginal révèle, au devant du col, l'existence d'une bande de tissu scléreux et dur, comprenant presque toute la circonférence du vagin et exerçant une constriction sur ses parois. Au delà se trouve le col, avec des excroissances en chou-fleur, ou bien le col est détruit, et on ne trouve plus qu'une cavité profonde avec des parois nécrosées.

L'exploration digitale provoque habituellement une hémorrhagie profuse que l'on peut arrêter en faisant prendre à la malade la position genu-pectorale, pour découvrir le col à l'aide d'une valve et toucher la surface saignante avec une solution de persulfate de fer ou encore avec le cautère de Paquelin. On termine par un tamponnement vaginal. On doit apporter la plus grande attention à ne pas blesser la surface ulcérée avec l'extrémité du spéculum; la position genu-pectorale permet d'éviter cette complication.

Dans certains cas, la principale indication est de vaincre le rétrécissement partiel du vagin mentionné plus haut, pour permettre d'aborder librement les lésions en même temps que l'écoulement des sécrétions. On y arrive au moyen de dilatateurs vaginaux en caoutchouc, de calibre approprié; ces dilatateurs restent en place plusieurs heures chaque jour, et la dilatation graduelle doit être continuée jusqu'à ce que toute constriction ait disparu. La méthode est parfois douloureuse et alors on doit la faire alterner avec la columnisation du vagin.

L'auteur emploie de préférence, pour cela, la gaze antiseptique imprégnée d'aristol. Bien fait, ce pansement peut être conservé deux jours; il exerce une compression sur les surfaces ulcérées et sur la bande de constriction vaginale. Les sécrétions sont retenues pendant très longtemps, ce qui empêche l'hémorragie; en outre, la surface ulcérée demeure relativement propre. Le pansement renouvelé trois fois par semaine supprime les douleurs et les écoulements. Les lésions ont naturellement une tendance à s'étendre, mais dans aucun cas l'auteur n'a observé de perforation du rectum.

L'affection devient surtout douloureuse lorsque le néoplasme s'est propagé à la vessie.

Le premier signe de l'envahissement de la vessie est une cystite grave avec ténesme vésical très accusé et mictions fréquentes, mais lorsque la cloison vésico-vaginale s'ulcère, l'urine trouve une issue

et tous les symptômes douloureux s'amendent. Une fistule vésico-vaginale s'établit et la vessie trouve un certain repos fonctionnel. Contrairement à ce qui a lieu pour les fistules consécutives au travail de l'accouchement, celles qui résultent de l'ulcération d'un carcinome ne doivent jamais être fermées. On doit alors se contenter d'autres moyens thérapeutiques.

Trois fois, l'auteur a eu recours à l'irrigation continue du vagin et de la vessie, alternant avec l'usage de l'appareil à drainage vésical de Bozeman qui, introduit dans le vagin, reçoit l'urine pour la conduire dans un réservoir de caoutchouc simple fixé au genou.

En résumé il faut :

1° Assurer l'asepsie des parties malades ;

2° Prévenir ou combattre tout rétrécissement des parois vaginales au devant des lésions ;

3° Lorsque la vessie est envahie, recourir à l'irrigation et au drainage pour entraîner l'urine aussitôt qu'elle est collectée.

Morelle. — *Épithélioma ulcéré de la vulve; infection post-opératoire. Traitement par le sérum antistreptococcique.* (Société médico-chirurgicale du Brabant. 29 Décembre 1896).

Dans un cas d'épithélioma de la vulve, intéressant une partie de la paroi droite du vagin, avec adénopathie inguinale, Morelle a commencé par exciser les ganglions envahis, puis a enlevé la moitié droite du vagin, les parties malades de la vulve et le clitoris. Il a disséqué le canal de l'urètre sur une sonde dure, préalablement introduite dans le conduit. Après quelques jours, la plaie de l'aine se met à suppurer, puis celle de la vulve. Le pus renferme des streptocoques. L'état de la malade devient de plus en plus mauvais, et la plaie de l'aine s'entoure bientôt d'une large plaque érythémateuse rougeâtre, s'étendant vers la fesse. Une injection de sérum antistreptococcique est pratiquée, et, quarante heures après l'intervention, la rougeur a déjà diminué de moitié. Les plaies sont pansées au formol, et l'amélioration s'accentue de jour en jour.

Tixier. — *Epithélioma du col de l'utérus ayant envahi le corps.* (J. Méd., Bordeaux, 20 déc. 1896, p. 564).

Le mode particulier d'envahissement du néoplasme est le seul fait à signaler dans ce cas. Sur l'utérus, enlevé par la voie vaginale, on a constaté que du col, où existait un champignon fongueux, partait une mince traînée blanche, qui traversait l'isthme et ne s'arrêtait qu'à trois centimètres. Cette traînée était constituée par un boyau de cellules épithéliales.

Magniaux. — *Opération de Porro chez une femme enceinte de huit mois, présentant un épithélioma du col utérin.* (Normandie méd., 1er janvier 1897).

Multipare de 34 ans : Grossesse de huit mois et une semaine. Epithélioma du col ; hémorragie très abondante. Malade très déprimée. Laparotomie. Incision de l'utérus et extraction de l'enfant ; délivrance artificielle et hystérectomie avec pédicule extérieur. Suites normales. Chute du pédicule le 22me jour. Ecoulement vaginal fétide dû au néoplasme étendu à la paroi et aux culs-de-sac du vagin.

2° Annexes de l'appareil de la génération

Sengensse. — *Un cas de cancer du sein chez l'homme.* (Ann. de la Policlin. Bordeaux, 1896, p. 278.)

Cette localisation du cancer, rare chez l'homme (1 cas sur 100 cancers du sein environ), a été notée sur un sujet de 60 ans, sans antécédents héréditaires. La tumeur était du volume d'une grosse amande, dure, indolente, faisant corps avec la glande, sans adhérences à la peau. Ablation de la tumeur. Six mois plus tard, deux noyaux de récidive sur la cicatrice.

Kerbiriou et Danel. — *Sarco-épithéliome kystique du sein.* (J. sc. méd. Lille, 20 février 1897, p. 175.)

Femme de 55 ans, portant une volumineuse tumeur lobulée et ulcérée du sein. Peau mobile sauf au niveau de l'ulcération. Petit ganglion dans l'aisselle. Ablation. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur mixte, constituée par une combinaison de myxo-sarcome fasciculé et d'épithéliome avec prédominance du tissu conjonctif.

Sheild. — *Sarcome récidivant de la glande mammaire traité par le liquide de Coley. — Terminaison mortelle.* (Brit. Med. J., 23 janv., et J. Conn. méd., 11 févr. 1897, p. 42.).

Femme de 44 ans, opérée une première fois d'un sarcome myéloïde du sein. Le néoplasme récidiva, se développa rapidement, s'accompagnant de douleurs assez vives autour du thorax et dans le bras.

On fit alors des injections de liquide de Coley, à la dose de quelques gouttes, en différents points du tissu morbide. Les résultats observés furent les suivants : les deux premières injections furent suivies d'une légère réaction locale et générale, consistant en de la rougeur de la peau au point de l'injection, des frissons et une élévation de la température.

Les trois injections suivantes, faites à des doses progressivement

croissantes, furent sans effet. Après un intervalle d'une semaine, on obtint de nouveau une réaction sérieuse. La tumeur sembla s'affaisser et diminuer de volume, ce qu'il faut attribuer bien plus à un processus inflammatoire qu'à une action réellement spécifique du liquide injecté.

Bientôt apparurent des accidents graves qui paraissent bien avoir été déterminés par les injections. Ces accidents consistèrent en des frissons répétés, une forte élévation de température, une accélération du pouls à 140 et de la respiration à 50. Les téguments des jambes et de l'abdomen s'étaient recouverts de pustules et de pétéchies. La malade tomba dans le coma et mourut peu de temps après.

A l'autopsie, on trouva les lésions de la pyohémie : abcès et infarctus du foie, du myocarde, des reins et de l'articulation du genou droit.

L'auteur estime que la mort de sa malade doit être attribuée à une infection d'origine cutanée.

U. Guinard. — *Carcinome glandulaire et malpighien de la mamelle.* (Médec. mod., 10 mars 1897, p. 160).

Guinard communique un fait de tumeurs cellulaires de deux types observées dans le sein d'une malade. Il s'agissait de deux tumeurs : un carcinome glandulaire et un carcinome malpighien. Il existait deux kystes, l'un dans l'aisselle, l'autre dans le sein, remplis d'un liquide visqueux. Celui-ci, du volume d'une noix, que la malade portait depuis longtemps, présente une paroi fibreuse recouverte d'un revêtement corné, d'où se détachent des lambeaux épidermiques; des lobules épithéliaux se rencontrent dans le stroma fibreux. La tumeur de l'aisselle, grosse environ comme un œuf, a ses parois fibreuses plus épaisses, et son revêtement se rapproche du type embryonnaire. Des tractus fibreux, partis de la cavité kystique principale, contiennent des éléments nettement carcinomateux.

Comme interprétation de ce fait et la présence de ces éléments malpighiens dans cette tumeur, on peut admettre l'existence d'un kyste dermoïde ou bien une évolution de certains éléments glandulaires restés à un stade embryonnaire et ayant encore leur façon de réagir d'éléments ectodermiques.

Généralités.

Paviot et Gallois. — *Essai sur la vraie nature du cancer vert.* (Soc. Sc. Méd. Lyon, 18 nov. 1896).

De l'étude microscopique d'un cas de cancer vert observé sur un enfant de 8 ans, les auteurs, qui pensent que ce cancer n'est

qu'une manifestation de la leucocythémie, tirent les conclusions suivantes :

Le cancer vert d'Aran (chloroma de King) est constitué par un ensemble de lymphomes tangibles devenus apparents à cause de leur siège orbitaire, temporal et occipital.

L'allure clinique, les résultats autopsiques autorisent à le rattacher à la leucocythémie qui, dans son évolution, précède, comme en témoignent la pâleur et l'état général grave, l'apparition de ces lymphomes orbitaires.

Paviot et Fayolle. — *Un nouveau cas de prétendu cancer vert d'Aran.* (Province Méd., 20 mars 1897, p. 139).

Enfant de 10 mois, né d'une mère atteinte depuis deux ans d'aliénation mentale et présentant les symptômes suivants : Teinte cireuse des téguments et léger œdème généralisé, foie et rate modérément hypertrophiés, ganglions du cou, des creux axillaires, des aines tuméfiés; deux gros ganglions pariétaux, au-dessus des pavillons de l'oreille de chaque côté; légère tuméfaction profonde dans les deux fosses temporales. Rien aux poumons, pas de signe de compression bronchique; au cœur, souffle systolique intense, constant, à timbre organique, maximum à la base et à gauche du sternum. Urines claires, ni sucre, ni albumine, fort disque d'urates par l'acide nitrique. *Dès l'entrée, le premier examen du sang est négatif au point de vue de la leucocytose. Le second examen*, 15 jours après l'entrée, révèle un sang très pâle, avec un léger aspect puriforme, et une *leucocythémie* que l'on évalue à 1 pour 3 ou 4.

En quelques jours, mort à la suite de fièvre, amaigrissement et vomissements.

A l'autopsie on a constaté une tuméfaction et une teinte vert-pois de tous les ganglions et une coloration verte de la moelle de tous les os et du parenchyme du foie et des reins.

L'auteur fait remarquer qu'il n'y avait pas de tumeurs des orbites, comme on l'a observé jusqu'à ce jour et que l'allure de la maladie a été celle d'une affection aiguë, anémiante d'abord et très maligne finalement, accompagnée de lymphadénie et de leucocythémie.

Roger Wilhams. — *La fréquence croissante du cancer.* (Brit. Med. Journ. 1896.)

D'une étude statistique et étiologique du cancer, il résulte que cette maladie est de plus en plus fréquente. Il y a cinquante ans (en 1840), le cancer causait en Angleterre 2,786 décès, soit un décès pour 5,646 habitants et un décès sur 129 décès généraux, soit 177 décès pour un million d'habitants.

Or, en 1884, le cancer a tué 21,422 personnes, soit 1 habitant

sur 1,403, soit encore 1 décès sur 23 décès généraux ou 713 décès par million d'habitants.

Les victimes du cancer sont donc aujourd'hui quatre fois plus nombreuses qu'il y a cinquante ans, et il est évident qu'à ce compte ce mal ne tardera pas à devenir une des causes les plus fréquentes de la mortalité.

L'auteur de cette statistique remarque que cette haute mortalité coïncide avec la consommation exagérée de viande qui caractérise notre époque — chaque Anglais consomme en effet 126 livres de viande par an — et qu'elle coïncide aussi avec une diminution de la mortalité par tuberculose. Or, on peut admettre qu'un certain nombre d'individus n'échappent à la tuberculose que pour succomber plus tard au cancer. Dans ce cas, il y aurait quelque vérité dans ce paradoxe de l'auteur anglais, qu' « une haute mortalité cancéreuse est l'indice de bonnes conditions sanitaires ».

Evans. — *Le cancer en Angleterre.* (Médec. Mod. 10 Mars 1897, p. 155).

Evans a fourni à la Société médicale de Bradford quelques chiffres tirés de la *statistique générale* du royaume, qui montrent l'accroissement progressif et continu de la mortalité cancéreuse en Angleterre et dans le pays de Galles.

Le nombre total des décès attribués au cancer était de 11,300 en 1875; pendant l'année 1894, il s'est élevé à 21,422. Tandis que le taux de la mortalité cancéreuse par million d'habitants était de 384 pendant la période décennale de 1860-1871, il est monté à 589 de 1881 à 1890, et cet accroissement se fait régulièrement d'année en année.

G. Nasmyth. — *Le cancer en Ecosse.* (Scottish med. and. surg. journ. avril 1897).

De 1881 à 1890 il est mort du cancer, en Ecosse, 22,497 personnes sur une population qui était de 3,735,573 en 1881, et de 4,025,647 en 1891. En moyenne sur 10,000 habitants cela faisait 5,8 morts annuelles par le cancer. La proportion 5,8 est une moyenne, car la mortalité est de 4,4 pour le sexe masculin et de 7,0 pour le sexe féminin. L'élévation de la mortalité par le cancer croît chaque année, en Ecosse aussi bien qu'en Angleterre où la proportion est d'ailleurs à peu près la même, 6,0 pour la population totale.

S. Volovski. — *Inoculation conjugale du cancer.* (Vratch. 1896, p. 1414).

Une femme est opérée d'un cancer du cul-de-sac postérieur du vagin; elle reste guérie depuis plusieurs années. Un an après l'opé-

ration le mari de cette femme a contracté un cancer du prépuce qui a été suivi de mort.

A. File rapporte aussi deux cas de cancer, l'un du prépuce et l'autre de la face sur des sujets, dont la femme de l'un avait un cancer de l'utérus et celle de l'autre un cancer facial. Dans ce dernier cas le mari, qui fut atteint un mois après la mort de sa femme, avait l'habitude de manger des friandises auxquelles celle-ci ne faisait que goûter.

E. Calmette. — *De l'étiologie coccidienne du cancer.* (Bulletin Méd. 23 déc. 1896, p. 1227).

Après avoir indiqué les vicissitudes par lesquelles la théorie de l'étiologie coccidienne du cancer a passé, Calmette termine cet article par les remarques suivantes : Nous croyons, dit-il, que l'hypothèse parasitaire a séduit tout d'abord un grand nombre d'expérimentateurs, puis, qu'elle a été délaissée après les travaux critiques des anatomo-pathologistes et enfin qu'elle a une tendance à renaître en ces derniers temps avec les recherches de Sawtschenko et Podwyssoski.

Si l'on s'en rapporte aux données cliniques et épidémiologiques qui doivent légitimer ou infirmer, en dernier ressort, les concepts de la microbiologie, nous serions tentés de prendre parti pour la théorie parasitaire; comment, en effet, interpréter les cas de carcinose miliaire aiguë dont le processus rappelle les infections les plus virulentes, celles de la tuberculose, par exemple! D'autre part, comment expliquer les épidémies si bien constatées par Arnaudet, Fiessinger et autres? De tout temps, ainsi que le fait remarquer le docteur Jules Félix, de Bruxelles, dans un article sur l'étiologie des affections cancéreuses (1), le cancer a été réputé contagieux. Parlerons-nous des greffes et inoculations qui se sont montrées positives sur des animaux de la même espèce? Au surplus, voici des faits qui paraîtront singulièrement suggestifs. Le docteur Morau (2) inocula des fragments d'un cancer épithélial d'une souris blanche à dix autres autres souris de la même espèce et obtint, sur huit de ces animaux, des nodules cancéreux; ces nodules furent inoculés à d'autres souris, et toujours avec succès. Mais c'est au point de vue du déterminisme de la contagion que Morau institua d'ingénieuses expériences : en isolant les cages des souris saines et en plongeant les pieds des cages dans des baquets remplis d'une mixture d'essence de térébenthine et de camphre, les souris restaient en parfaite santé; si l'on introduisait dans les cages de souris saines des punaises venant des cages de souris cancéreuses, on

(1) Rev. des maladies cancéreuses 1896, p. 145.
(2) Rev. scientif. 1895, p. 41.

observait, au bout de quelques mois, que presque toutes les souris des cages infectées par ces punaises étaient atteintes de cancer. Ce fait expérimental ne prouve-t-il pas non seulement la contagion du cancer, mais encore la possibilité de sa propagation par des organismes étrangers, organismes dans lesquels le germe cancéreux s'élaborerait? Et n'est-ce pas par l'étude des coccidies, de ces parasites à évolution intracellulaire, à générations alternantes, à transformations indécises, que ces questions recevront un jour la clarté qui leur manque? Un avenir peut-être prochain nous l'apprendra.

Plauchu. — *Sarcome des parties molles de la cuisse.* (Soc. sc. méd., Lyon, 27 janv. 1897).

Malade porteur, depuis deux ans, d'une tumeur de la face antérieure de la cuisse, au niveau de l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa; son accroissement s'est fait par poussées successives et a été tel que la tumeur commençait à trois travers de doigt au-dessus de la rotule pour atteindre presque l'arcade fémorale; consistance uniforme, pas de battements, pas de souffle; les vaisseaux fémoraux étaient situés en dedans et étaient indépendants; la tumeur était mobile sur les plans profonds, et immobilisée par la contraction du quadriceps. L'énucléation est pratiquée et, malgré la destruction partielle de son quadriceps, le malade marche sans fatigue.

Plauchu. — *Sarcome des parties molles du creux poplité.* (Soc. sc. méd., Lyon, 27 janv. 1897).

Plauchu présente un sarcome enlevé à une femme de 33 ans qui avait vu survenir, il y a deux ans, une petite tumeur au niveau de la partie inféro-externe du creux poplité; au moment de l'opération cette tumeur remplissait le creux poplité presque en totalité et venait pointer à la partie supéro-externe de la jambe, vers la tête du péroné, elle était mobile sur les plans profonds; pas de compression. L'énucléation fut pratiquée, on constata que le sciatique poplité externe, suivi du centre à la périphérie, ne tardait pas à se perdre dans la tumeur, se dégageant à la partie inférieure, sous forme de quatre branches; il s'agissait donc d'un pseudo-névrome développé aux dépens de la gaine du sciatique poplité externe, mais, comme ce nerf était relativement superficiel, on put le disséquer et le dégager. Guérison complète, et récupération des mouvements du membre inférieur.

A propos de ces faits, l'auteur étudie les sarcomes des parties molles et conclut ainsi :

1° Quand un sarcome des parties molles des membres sera adhé-

rent au squelette ou aux vaisseaux et nerfs essentiels d'une région, pratiquer l'amputation ou la désarticulation.

2° Dans tous les autres cas se contenter de l'ablation simple de la tumeur, opération suffisamment radicale, offrant moins de dangers, et moins de difficultés opératoires.

H. Lavrand. — *Cancroïde et cautérisation chimique.* (J. Sc. méd. Lille, 27 fév. 1897, p. 201).

Cette observation concerne une femme de 80 ans, dont un cancroïde de l'angle interne de l'œil a d'abord été traité par l'électrolyse (4 séances en 4 mois). La cicatrisation n'ayant persisté après chaque séance que quelques semaines, on a recours à la pâte de Canquoin. Cicatrisation pendant 5 mois. Nouvelle récidive, attaquée par le chlorure de zinc en morceaux. Depuis deux ans, il se forme de temps en temps sur la cicatrice une petite croûte, qui persiste quelques semaines, puis se détache d'elle-même et laisse à nu une surface cicatrisée. En un mot, le néoplasme chez cette femme de 80 ans paraît arrêté dans son développement.

R. von Jaksch. — *Traitement des tumeurs malignes par le sérum érysipélateux d'Emmerich-Scholl.* (Mittheil. aus. d. grenzgebiet. d. Mediz, u. Chir., 1896, vol. I, n° 3, p. 318.

L'auteur a essayé les injections de sérum érysipélateux d'Emmerich-Scholl chez ces cinq cancéreux (sarcome du maxilliaire inférieur, carcinome de la bouche, lymphosarcome). Chez quatre, l'effet thérapeutique des injections a été nul, et, dans un de ces cas, la première injection a provoqué un collapsus tellement grave, qu'il a fallu renoncer au traitement. Sur un malade les injections ont paru exercer une influence favorable sur la tumeur, mais il s'est déclaré une néphrite suraiguë, qui a failli emporter le malade. Dans tous les cas on a observé après les injections des frissons et divers troubles subjectifs, qui ont déterminé Jaksch à ne pas essayer de nouveau ce traitement.

Cerné. — *Lymphosarcome de la loge parotidienne.* (Normandie Méd., 1er février 1897, p. 33.)

Homme de 54 ans portant, depuis le 6 mai, à la région parotidienne une tumeur actuellement de la grosseur d'une pomme. Cette tumeur ovoïde, à grosse extrémité inférieure, est ramollie à ce niveau; la peau qui la recouvre a rougi depuis quelques jours. Pas de douleurs; pas de retentissement sur les organes voisins. Une incision conduit sur cette tumeur qui est facilement énucléée, sans autre sacrifice que la section d'un filet inférieur du facial. La glande est refoulée en haut. Suites simples.

Capdepon. — *Sarcome de la région cervicale. Ligature de la carotide primitive.* (J. Méd., Bordeaux, 11 oct. 1896, p. 447).

Homme de 48 ans, atteint d'une tumeur siégeant au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche. Cette tumeur, de la grosseur d'une orange, est mobile et indolore. Pas de phénomènes de compression ; pas de troubles vasculaires. Extirpation. Dans le cours de l'opération, la tumeur englobant le paquet vasculo-nerveux, on est amené à pratiquer la ligature de la carotide primitive. Le récurrent gauche est sectionné. Suites simples. Le malade est revu deux mois plus tard; il n'avait jusqu'alors présenté aucun trouble cérébral, malgré la ligature de la carotide. Par le microscope on constate la nature sarcomateuse de la tumeur.

Hayem. — *Sur un cas d'anémie cancéreuse.* (Médec. Mod., 13 mars 1897, p. 161).

Homme de 59 ans, saturnin avéré, arrivé à un état d'anémie et de cachexie très prononcé. Troubles digestifs variés, mais peu accusés. Haut degré d'aglobulie à marche progressive ; leucocytose incontestable ; hémorrhagies capillaires de l'estomac révélées par l'examen du suc stomacal. En résumé, néoplasme de l'estomac par l'examen du sang et du liquide stomacal. L'autopsie a confirmé le diagnostic du cancer, siégeant sur la petite courbure de l'estomac avec bourgeon saillant et saignant à la surface de la muqueuse.

Reineboth. — *Recherche des éléments cancéreux dans le liquide des vomissements.* (Deuts. Arch. f. Klin. Mod. 26 déc. 1896).

La recherche de parcelles de néoplasmes dans les vomissements a été souvent tentée sans donner de résultats certains. Reineboth indique un procédé qui lui a réussi. Par suite des petites hémorragies sous-muqueuses, des débris de cancer se trouvent détachés et englobés dans leurs caillots. Il faut donc s'efforcer de recueillir avec soin ces caillots, les soumettre à des coupes et on aura ainsi de grandes chances de trouver quelques fragments de néoplasme. Dans 8 cas de cancer douteux, l'auteur a recueilli 4 fois un petit caillot et 2 fois il a pu reconnaître l'existence d'un néoplasme et sa variété.

Goffinet. — *Sarcome du tissu cellulaire de l'avant-bras.* (Soc. anat. path. belge, 5 fév. 1897).

Homme de 66 ans, porteur, depuis 8 ans, à la partie inférieure du cubitus, d'une petite tumeur indolore, qui s'est considérablement accrue en ces derniers temps. Actuellement elle est ulcérée, fongueuse, et du volume d'une tête de fœtus. Pas d'adénopathie. Amputation

de l'avant-bras. La tumeur, développée dans le tissu cellulaire, est un sarcome globo-cellulaire.

A. Richard. — *Contribution à l'étude des métrites séniles.* (Thèse de Paris, 1896).

Parmi les endométrites, que l'on observe chez les femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause, l'endométrite fétide présente un intérêt tout particulier à cause de sa confusion possible avec le cancer du corps de l'utérus. Assez souvent ce diagnostic est impossible à établir d'après les seules données de la clinique. Il faut alors en appeler à l'examen microscopique de fragments de la muqueuse, ce qui permet de reconnaître, avec Cornil, que : « quelles que soient les modifications que subit l'épithélium, la forme et la disposition des cellules ne prennent jamais, dans le cas de métrite, la régularité qu'elles affectent dans le cas d'épithélioma ».

Mais cet examen microscopique n'est pas toujours concluant. En cas de doute il est indiqué de pratiquer tout d'abord la dilatation avec le curettage et le drainage, qui amèneront rapidement la guérison, s'il s'agit d'endométrite.

V. Letailleur. — *Contribution à l'étude du sarcome des enfants.* (Thèse de Lille, 1895, n° 115).

L'auteur, après quelques pages d'étude générale sur le sarcome dans l'enfance, envisage cette question par rapport à chaque tissu.

Il rapporte des observations prouvant que tous les tissus peuvent être le siège du néoplasme, mais qu'il est surtout fréquent dans les organes génitaux femelles.

Cette tumeur, de beaucoup la plus fréquente de toutes les tumeurs malignes et affectant particulièrement ce type embryonnaire, évolue très rapidement et doit être traitée chirurgicalement. C'est la seule chance de salut possible.

A. Minet. — *Sur les tumeurs solides des tuniques du scrotum.* (Thèse de Lille, 1896, n° 140).

L'auteur a réuni 18 observations de tumeurs solides du scrotum, tumeurs bénignes et malignes, éparses dans les recueils scientifiques. Les premières apparaissent à un âge plus avancé que les secondes; les unes et les autres intéressent presque toujours la vaginale. Minet en discute en quelques pages le diagnostic et indique le traitement, qui sera l'énucléation ou la castration suivant l'état du testicule.

T. Grall. — *Contribution à l'histologie pathologique des tumeurs primitives des nerfs.* (Thèse de Lyon, 1897).

Les tumeurs primitives des nerfs, qui sont constituées par des éléments situés en dedans de la gaîne lamelleuse de Henle, ont très probablement pour origine les cellules de la gaîne de Schwann. Ces tumeurs comprennent les névromes bénins, sans extension ni généralisation, les névromes à extension nerveuse locale pouvant envahir tout un plexus et les névromes très malins avec métastases (sarcomes).

Les trois grands caractères histologiques communs à toutes ces variétés de tumeurs des nerfs sont donc : 1° leur origine aux dépens des cellules de la gaîne de Schwann ; 2° une prédilection exclusive dans leur extension pour les troncs et filets nerveux (névrome plexiforme) ; 3° et dans les cas de métastase, généralisation lointaine aux nerfs des membres ; dans les généralisations viscérales, si cette élection des noyaux secondaires pour le tissu nerveux n'est pas démontrée, elle est du moins très probable.

J. Méplaux. — *Nature inflammatoire du sarcome.* (Thèse de Lille, 1896, n° 136).

Considérant comme un fait accompli l'origine conjonctive du sarcome, Méplaux recherche s'il possède des caractères spéciaux et par l'étude des éléments cellulaires, de la substance intercellulaire et des vaisseaux, qui entrent dans la constitution, il démontre que ces éléments ne présentent pas de valeur spécifique. Ils sont les mêmes que dans toute production inflammatoire ; aussi n'y a-t-il pas lieu d'établir entre eux une différence ; par suite le sarcome doit être regardé comme une production d'origine inflammatoire, en faveur de laquelle son évolution plaide encore.

Quant à la cause de cette inflammation, l'auteur rappelle les faits, qui militent en faveur de l'existence d'un élément parasitaire. Ce parasite est, il est vrai, inconnu, mais l'évolution locale de l'affection et les accidents généraux dus à la généralisation sont bien de nature à faire admettre qu'un agent parasitaire et infectieux est la cause première du sarcome.

Kunchert. — *De l'extirpation totale de l'utérus gravide pour cancer.* (Thèse, Bonn, 1896.)

1° Dans les cas de cancer inopérable de l'utérus, l'enfant étant viable, la meilleure conduite à tenir consiste à faire l'opération de Porro avec pédicule extra-péritonéal. Cette conduite est applicable principalement aux formes squirrheuses.

Quand il s'agit, au contraire, d'un cancer mou, dégénéré, végétant, mieux vaut curetter, cautériser les parties malades, puis provoquer l'accouchement avant terme.

2° Dans les cas de cancer inopérable, avec enfant non viable, il faut essayer de prolonger la vie de la mère. On appliquera donc les moyens palliatifs contre le cancer utérin, tels que tamponnement, injections, cautérisations. Il faut éviter, autant que possible, de curetter les parties cancéreuses.

3° Quand le cancer est opérable, et que la grossesse n'est pas âgée de plus de quatre mois, il faut faire l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. Quand le cancer est opérable et que l'enfant est viable, il faut faire l'opération césarienne, suivie de l'extirpation de l'utérus suivant la méthode de Freund-Fritsch.

4° Mais quand le cancer opérable coïncide avec un enfant non viable, âgé de plus de six mois, le mieux est d'extirper l'utérus en totalité, par l'abdomen, sans ouvrir l'organe. Mais, au préalable, on désinfectera et on cautérisera le col par le vagin.

H. Masson. — *De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire.* (Thèse de Lyon, 1896-1897).

Sur 24 observations le microscope a fait constater 10 épithéliomas pavimenteux, 3 sarcomes, 3 endothélio-sarcomes. Les autres cas étaient désignés sous le nom de cancer.

En cas d'épithélioma, le pronostic est peu grave, si le kyste est enlevé à la première période, car la tumeur est encapsulée. A la seconde période il doit être réservé. Ce pronostic, s'il s'agit d'un sarcome, diffère suivant que l'on constate ou non des noyaux secondaires dans l'abdomen; et il est grave dans le sarco-endothéliome et dans le carcinome, dont la marche est rapide. On doit tenir grand compte de l'âge de la malade et de l'état d'extension du néoplasme, dont l'ablation précoce constitue le meilleur traitement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1897.

Appareil de la locomotion

BALDWIN (G. R.). A Case of. Cent Sarcoma of. the femur with early dissemination. (Tr. Clin. Soc. Lond. XXIX, 1896, 210). — CABOT (A. T.). A Case of Sarcoma of. the Scapula (Boston M. G. S. G. CXXXV, 1896, 411). — CARRIÈRE et MICU. Ostéo-sarcome de l'os coxal. (Soc. Anat. et phys. norm. Bordeaux, 1896, nov. 23.). — CLAZE. De l'ostéosarcome de l'os iliaque. (Thèse Bordeaux 1896). — DANEL. Tumeur de l'articulation tibio-tarsienne. (J. Sc. Méd. Lille, 1896, 159.) — KEIM et DARTIGUES. Fracture symétrique spontanée des fémurs par ostéosarcome (Soc. Anat. Paris, janv. 22.) — LEVASSOR. Tumeur de l'extrémité supérieure du péroné. (Soc. Méd. et Chir. prat. Paris, déc. 17, 1896). — PARKER (R. W.) Un cas de sarcome de la rotule. (Tr. Clin. Soc. Lond. XXX, 1896). — RECLUS. De l'utilité des ablations partielles des ostéo-sarcomes des membres. (Soc. Chir. Paris, fév. 4). — SAPIEJKO (K. F.). Résection du maxill sup. p. C... (Kieff, 1896). — SIMONIN. Influence du traumatisme sur les ostéosarcomes. (Limousin Méd. Limoges, XX, 1896, 113).

Appareil de l'innervation

CHARRIN. C... vert d'Aran. (Soc. biol. Paris, nov. 14, 1896). — LEGUEU et MARIEN. Note sur un fibrosarcome du sciatique. (Un. med. Canada. Montréal. XXV, 1896, 385).

Appareil des sens spéciaux

ASCH. (P.). Das. Sarcom des Obres. (Thèse, Strasbourg, 1896). — Les tumeurs malignes de l'oreille. (Indép. Méd. Par. fév. 10, 41). — BESNIER (G.). Epithéliomatose disséminée de la face. (Mus. de l'hôp. St-Louis, Paris, 1896, 85). — BLACK (G.). Sarcome nasal. (N-Y. M. J. 1896, 222). — FISKE (G. F.). Sarcoma of the choroid. (J. Am. M. Ass. Chicago, XXVII, 1896, 845). — HERMET. Syphilome de l'oreille ressemblant à un épithélioma (Soc. derm. et Syph. Paris, déc. 10, 1896). — KUHN. Trait... du C... de la peau. (Gaz. M. Paris, janv. 30). — METZ (d. c.). Gliosarcome primitif de la rétine. (Belg. Med. Gand. Haarlem III, 513, 1896), — PANAS. Sarcome choroïdien de la Macula. (Arch. Opht. Paris, XVI, 465, 1896). — PRAAG

(A. Van.). Epithélioma cutanéum. (Med Weckhl. Assist. III, 25, 1896).— Ring. Sarcome alvéolaire du nerf optique. (Arch. of. opht janv. 1896). — Schppegrell (W.). Sarcome du nez. (Laryng. St-Louis, 1896-95). — Steiner (L.). Papillome de la conjonctive (Arch. opht. Paris, XVI, 501, 1896). — Tillaux. Epithélioma de la face. (Progr. Méd. Paris. janv. 30). — Ulry. Epithélioma de la paupière sup. (Soc. anat. et phys. Bordeaux, janv. 18). — Veau (V.). Epithélioma de la face (Prog. Med. janv. 30). — Wagenmann (A.). C... de la conjonctive. (Klin. Mionats. f. Ang. Stuttg. 1896, 255). — Walsh (J. G.). Excision de l'épithélioma labial (Therap. Gaz. Detroit. 1896. 443).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Antona (A. d'). Du sarcome du pharynx. (Att. d. r. Accad. Med. Chir. di Napoli, 1896, 93). — Fontaynout. C... pharyngo-laryngi-stomacal. (Soc. anat. Par., Janv. 29). — Goris. La chirurgie du C... de la langue au début. (Pr. méd. Belge, Brux., 1er Nov. 1896). — Jennings. C... de la langue. (Soc. Med. Lond., Oct. 15, 1896). — Vierhuf. C... de l'œsophage. (St-Pétersb. Med. Wch., 1896, 195).

2° Partie sous diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Bellot (P.). C... de l'estomac et Condurango. (J. d. Med. et Chir. prat., 10 déc. 1896). — Brosch (A.). C... de l'intestin. (Arch. f. Clin. M. 1896). — Castaigne. C... du pylore et du duodénum. (Soc. anat. Par., 6 nov. 1896). — Chene et Ginestous. C... du pylore et du foie. (Soc. d'anat. et phys. Bordeaux, 11 janv.). — Folet (H.). Stenose non C... du côlon descendant. (Echo M. du Nord, Lille, 17 janv.). — François (L). C... de l'iléon. (Marseille Med., 554, 1896). — Hulti (H.). C... du pylore. (Gyoggaszat. n° 2). — Kelynack (T.-V.). Obstruction intestinale par C... (Med. Press. Lond., 251, 1896). — Landelle. Origine du mucus dans le C... du rectum. (Soc. biol. Paris, 12 déc. 1896). — Luys (G). C .. du rectum. (Soc. anat. Par., 5 fév.). — Martin (Cl.). C... du pylore. (Id., 1er fév.).— Quénu. Extirpation du rectum C... (Soc. chir. Par., 11 nov. 1896). — Diagnostic du C... du rectum. (Gaz. Med. Par., 2 janv.). — Etude clinique du C... du rectum. (Rev. d. Chir., Par., 10 janv.). — Robin (A.). Trait' med. du C... de l'estomac. (Trib. Med. Par., 13 janv.) — Les vomissements d. le C... de l'estomac. (Gaz. des Hôp., Paris, 28 janv.).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Aigner (G). C... du pancréas. (Th. d. Munich, 1896). — Archambaud. Epithélioma primitif de la vésicule biliaire (Soc. anat. Par., 11 déc. 1896). — Blanc. C... primitif de la vésicule biliaire. (Soc. anat. Par., 22 janv.). — Cerné. Lymphosarcome de la loge parotidienne. (Normandie Méd.,

1er fév.). — Durand-Fardel. C... de l'ampoule d. Vater. (Pr Méd., Par., 1896). — Hanot. C... de l'ampoule de Vater. (Arch. gén. Méd Par., nov. 1896). — Maxson (E.). Diagnostic du C... du pancréas (N.-Y. M. J., 16 janv.). — Michaux. Tumeurs malignes du foie. (Soc. Chir. Par., 4 fév.). — Pennato (P.). Sur le C... du foie. (Arch. ital., Milano, 1896, 245). — Quénu. C... du foie. (Id., 13 janv.). — Ricard. Trait. du C... du foie. (Id., 13 janv.). — Routier. C... du foie. (Id., 13 janv.). — Tuffier. De l'intervention d. les tumeurs malignes du foie. (Id., 20 janv.). — Urso (G. d'). Endothéliome du foie. (Atti Accad. M. Napoli, 1896). — Walther. Sarcome du corps biliaire. (Arch. für Ang., 1896, 106). — Williams (W.). Gall.-Stones et C. . (Lancet, Lond., 1896, 1187).

Appareil de la circulation

Brohl. Sarcome de la veine fémorale droite (ally, Arzt Ner. in Koln. 23 Marz, 1896). — Regaud. Etude sur les vaisseaux dans les tumeurs malignes (Soc. biol. Par. 19 déc. 1896). — Svéntzitzky (V. A.). Des angio-sarcomes (St-Peters. 1896).

Appareil de la respiration

Ardouin. Sarcome secondaire du poumon. (Soc. anat. Par., 22 janv.). — Lagroix. Le début du C... laryngé. (Rev. prat. d. trav. d. Med. Paris, 1896, 291). — Lenoble (G.). Tumeurs malignes du poumon et du cœur. (Rev. de Méd. déc. 1896). — Masséi (F.). Papillome laryngé récidivant. (Atti d. s. accad. Napoli, 1896, 67). — Negretto (A.). C... du larynx (Rif. Med. Nap. 20 nov. 1896). — Raccuglia (F.). C... de la plèvre (Gaz. d'osp. Milano, 1896, 1027). — Sikkel (A.). Papillome du larynx. (Belge Med. Gand. Haarlem, 1896. 677). — Zagari (G.). Diagnostic des tumeurs malignes de la plèvre (Naples, 1896).

Appareil de la sécrétion urinaire

Delitré... C... primitif du rein. (Soc. anat. Par., 29 janv.). — Hume. Sarcome du rein (North and. Dur. M. Soc. 14 janv.). Lane (W.). C... du rein. (Texas Heath J. Dull. 1896, 63). Rammi (F.). Sarcome du rein. (Norks. Mag. for. Læg. oct. 1896). Tuffier. Epithélioma de la vessie. (Acad. Med. Par., 5 janv.).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

Bégoin. Epithélioma de la verge ulcéré multiple. (Soc. anat. et phys. Bordeaux, 23 nov. 1896). — Cassine. Tumeur du testicule. (Soc. de Méd.

de l'Aisne, 17 déc. 1896). — JEANNE (A.). Maladie Kyst. du testicule. Recidive (ann. Mal. org. gén. urin... déc. 1836, 1154). — RIEDEL. Sarcome développé sur un testicule ectopié. (25e Cong. Soc. all. chir...). RORSING (T.). Un cas de sarcome du testicule traumatique, (Hosp. Ted. Kjobenh. 1896).

2° Organes génitaux de la femme

BELB. (R.) Trait. du C... de l'utérus. (Brit. gyn. London XII, 1896).— BOWREMAN. Diag. précoce du C... de l'utérus, (Soc. gynéc. angl. 8 oct. 1896. — CALZOVORA. C... du vagin et de l'utérus; métastase (Gaz. d. osp. Milano, XVIII, 18 septembre, 1153). — CHALOT. Transplantation des uretères et extirpation du C... de l'utérus (Rev. prat. de trav. de Méd., Paris, 1896, 338). — CULLEN. Kyste sarcomateux de l'ovaire (Ann. J. obst. N.-Y., 1896, 338).— DOKOUSCHENSKAÏA (M. A.). C... du col de l'utérus et opération césarienne (St-Peters., 1895). — FALK. Polype C... (Soc. Méd., Berlin, 16 décembre 1896). — GODART (J). Epithélioma du clitoris (Ann. de l'Inst. Ste-Anne, 1896, 212). — GUINARD (A.). Traité de l'épithélioma utérin par le carbure de calcium (N.-Y. Therap. Rev., 1896, 61). — HOFMOKL. Déciduome malin (Soc. Méd., Vienne, janv.).— INGLIO-PARSONS. Adénome malin de l'utérus (Brit. Med. J., Lond., 21 oct. 1896). — KUNSCHERT. C... de l'utérus, extirpation (Inaug. Diss. Bonn., 1896). — LAWRIE (J. M.). Extirpation de l'utérus C... (Brit. gynéc., J. London, 1896, 172). — LOCKART (A. L.). C... du vagin (Mont. Med. J., 10 déc. 1896, 442).— MAGNAUX. Epithélioma du col et opération de Porro (Soc. de Méd., Rouen, 14 déc. 1896). — MONTGOMERY (E.). C... de l'utérus (Coll. et Clin. Rec. Phila., 1896, 175). — NEUMANN (J.). Déciduome mal. (Soc. des Méd. de Vienne, 16 janvier). — ORLOFF (V.). C..., ulcère et chancre mou du vagin (Soc. méd. chir. St-Peters). — OTTE (D.). Dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus (St-Peters., 1896). — REINICKE. Sarcome déciduo-cellul. (Gynœk. Gesell. Dresden, 13 oct. 1896). — ROSTHORN (V.). C... de la trompe (Prag. Zeits. f. Heilk. Bd. XXII).— Trait' de l'épithélioma utérin (Gaz. M., Liège, 21 janv.). — Trait' du C .. utérin (Semaine gynéc. Paris, 2 février). — VATSEN (V.). Deux cas de sarcome de l'utérus (St-Peters., 1895). — WILLIAMS (W. R.). C... de l'utérus et fractures (Lancet, Lond., 1896).

3° Annexes de l'appareil de la génération

BARTON (J. M.). Atrophie squirrheuse de la mamelle (Phil. hosp. Rep., 1896, 81). — BEATSON (G. T.). C... inopérable de la mamelle (Lancet, Lond., 1896, 104). — CROCKETT (S.). C... of the beast (Intern. J. Surg., N.-Y., 1896, 191). — DESGRANGES. Sarcomes kyst. de la mamelle (Thèse Paris, 1896).— JŒRSS (R.). Pronostic de l'extirpation du C... de la mamelle (Deuts. Ztsch. f. chir. Lepz., 1896, 101). — KUMMER (E.). Pronostic et Trait. du C... du sein (Semaine Méd. Paris, 27 janvier). — MARMADUKE Sarcome de la mamelle (Brit. M. J. London, 23 janv.). — SMITH (T.). C... de la mamelle (Lancet, Lond., 1896, 374).

Généralités

Bernardy (G. P.). Influence du climat et C... (Méd. comac. Phil., 1896, 250). — Binaghi (R.). Blastomycèles dans les épithéliomas (Zeits. f. Hyg., 1896). — Boas. Em. interess. Fall von Mayen Care... (Ver für umcre M. Berlin, 4 janv.). — Brunner (G.). Trait. des tumeurs mal. par le sérum sanguin (Arch. russes path. Varsovie). — Calmette (E.). Etiologie coccidienne du C... (Bull. Méd. Par., 1896, 1227) — Cheyne (W.). Limites de l'opération du C... (Brit. M. J. London, 1896, 1833. — Cohn (W.). Ueber Sarcom. der Narenscherd. (Konigsb. I. Par., 1896. — Coley. C... et toxines de l'erysipèle (Am. J. M. Sc. Phil. 1896, 251. — Corselli. Ferments organisés dans le C... (Gazz. degl. Osp. Milano, 10 janv.). — Cortyl. C... des fumeurs. (Thèse, Paris, 4 fév.). — Denisenko. Trait. non opératoire du C... (Moscou, 1896). — Despeignes. Trait. du C... par les rayons X. (Lyon, Med., 1896, 550). — Dietrich (A.). Lymphomes malins (Beitr. z. Klin. Chir. Bd. XVI). — Douglass (B.). C... primitif.(Méd. Proc. N Y. 1896, 210). — Dubar. Tumeur mélanique (Soc. Anat. Par., 12 fev.). — Duplay et Savoire. Toxicité urinaire chez les C... (Ac. d. Sc. Par., 1er déc. 1896). — Earle (F.). Un cas de sarcome. (Tr. Chicago Path. Soc. 1896, 23). — Fédoroff. Résultats du trait. du C... par le sérum (Médit. Oboz. Moscou, 1896, 1006). — Fontoymont. C... primitifs. (Soc. Anat. Paris., 29 janv.). — Foote. Etiologie du C... (Yale M. J. N. Haven, 1896, 305). — Galli. Trait. du C... (Clin vétér., Milan, 9 janv.). — Goppert (F.). Lymphosarcomateuse. (Th. de Heidelb. 1896). — Grüneberg, C... du mésentère (Deuts. Méd. Weh. Lepz. 1896). — Heydenreich. Sarcome chez un jeune enfant. (Soc. Méd. Nancy, 1896). — Hoadley (A. E.). Nouveau trait. de l'épithélioma. (Chicago M. Rec. 1896, 394). — Horn (F.). Sarcome primitif. (Monats f. Geb. u. gyn. 1896). — Huber (A.). Diagn. du C... (Cor. Bl. f. Schweiz. 1896, 561). — Israel (O.). C... secondaire. (Berl. Klin. Woch., 25 janv.). — Jelensky. Trait. non opératoire du C... (Sarr. terap. Moscou, 1896, 326). — Jossa (R.). De la Sérothérapie du C... (Gazz d. Osp. Milano, 1896, 655). — Kahane (M.). Parasites d. le C... (Centrall f. allg. Path., 1896, 462). — Kalindera. De l'adénocarcinome. (Roman. M. Bucar., 1896, 233). — Knaggs (G.). Sarcome de l'orbite. (Lancet Lond., 1896, 811). — Koster (H.). Hjurntusnêr-Kasnitik. (Neps. Lakar. Ferhn., 1896, 321). — Kremer (J.). C... et sarcome. (Centralb. f. Bakt., 1896, 63). — Lebedeff. Contagion du C... (Soc. M. Chir. St-Pétersb.). — Ledentu. De la leucokératose. (Rev. chir. Par., 10 déc. 1896). — Leucokératose. (Gazz. degl. Osp. Milano, 3 janv.). — Levchine (L.). C... et inject. streptococciques. (Bull. Med., Paris, 3 janv.). — Makins (G.). Epithélioma secondaire du cou. (Tr. clin. Soc. Lond., 1896, 193). — Monnier. Sarcome péritonéal. (Soc. anat. Par., 15 janv.). — Morin. Du sarcome primitif intra-musculaire. (Thèse Paris, 1896). — Nun (W.) C... chronique. (Tr. clin. Soc. Lond., 1896, 74). — O'Neill (W.). Du C... (Lancet Lond , 1896, 1114). — Ormsby (O.-B.).

Pyocktamine et C... (Med. Rev. S^t-Louis, 1896, 35). — Oro. Sarcome telang. fuso-cellulaire. (Giorn. ital. Mal. vener., 1896). — Peterson (W.). Bactériologie du C .. (Arch. f. Clin. Berlin, 1896, 184). — Pianèse (G.). Histologie du C... (Séna G. Fisches, 1896, 193). — Plauchu. Sarcome du membre inf. (Prov. Méd., Lyon, 30 janv.). Poteenko. Trait^t du C... par la chélidoine. (Vrat. St-Pétersb., n° 1). — Przewolski (E.). Local cosmophile in C .. (Gaz. lik. Warz., 1896, 905). — Ritchie (J.). C .. secondaire. (Dissib. M. J., 1896, 208). — Roncali (D.-B.). C... et toxines. (Policl. Roma, 1er janv.). — Schoofs (L.). Sarcome primitif intramusculaire. (Pr. Med. Belg., Brux., 1896, 297). — Show. C... et opium et cocaïne. (Therap. Wochn., 1896). — Stimson (L.). C... et toxines. (Ann. surg. Phil., 1896, 53). — Tile (V.). De la sérothéraphie du C... (Lait. Russ. Chir., St-Pétersb., 1896, 451). — Contagion du C... (Soc. M. Chir., St-Pétersb.). — Volowky (K.). Contagion du C... (Soc M. Chir., Saint-Pétersb.). — Wilhams (B.). Fréquence croissante du C... (Rev. Scient., Paris, 12 déc. 1896).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des maladies cancéreuses. — T. II 4e Fasc. — 20 Juillet 1897

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR LA TOPOGRAPHIE ET LA CONTAGION DU CANCER

(Fin)

Par le Dr **Léon NOËL**

CONTAGION DU CANCER. — CHANCRE DES ARBRES.

Les conditions topographiques toutes spéciales dans lesquelles nous avons observé le cancer (taches d'immunité, taches cancéreuses loin ou proches d'un cours d'eau, cancers isolés près d'un bois), ces conditions ne sont pas sans soulever quelques objections. On nous dira que pareils faits n'ont pas été constatés par tous les observateurs dans les campagnes. Dans son enquête sur le cancer en Normandie, M. le Dr Brunon, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, ne les a pas confirmés. Sans méconnaître la valeur des résultats auxquels est arrivé M. Brunon, nous ne pensons toutefois pas que ceux-ci soient définitifs. En effet, M. Brunon a demandé aux médecins de sa région quelle était leur opinion sur la transmission du cancer. Posée en ces termes, la question recevait une solution tirée beaucoup plus de l'opinion antérieure des médecins sur ce sujet que de la totalité des faits qu'ils avaient observés. Or, la doctrine classique n'admet pas la contagion du cancer Le sentiment des médecins, étant interrogé sur ce sujet, devait forcément répondre dans le sens de l'Ecole.

La manière dont nous avons procédé est différente. C'est celle

qui avait déjà servi au Dr Fiessinger pour ses études antérieures. Un certain nombre de médecins nous ont adressé, non pas leur opinion sur ce sujet, mais le chiffre total des cancéreux qu'ils avaient traités.

C'est en dépouillant ce dossier, qui renfermait à la fois des faits positifs et négatifs, que nous avons pu nous rendre compte du grand nombre des premiers. Il en est résulté un étonnement de la part même des médecins qui nous avaient fourni les documents. Avant la récapitulation de leurs malades ils étaient anti-contagionnistes, ils sont devenus contagionnistes après.

Le Dr Julliard, de Chatillon de Michaille (Ain), par exemple, ne croyait ni à la contagion ni à la topographie spéciale du cancer. Le dépouillement de ses observations l'a convaincu. Il est même arrivé à poser le diagnostic de cancer d'après l'habitation où résidait un convive qu'il avait un jour à sa table. Ce monsieur souffrait de diarrhées depuis quelques semaines ; il venait de consulter un médecin de Genève qui lui avait ordonné le traitement habituel de l'entérite. Le teint du malade était florissant, rien dans son aspect n'indiquait une maladie grave, mais ce monsieur habitait un moulin isolé à côté des bois. Du coup le Dr Julliard songe à une tumeur maligne du rectum : le toucher vérifie son diagnostic qui est ensuite confirmé par un chirurgien de Genève et la mort ultérieure du malade.

Donc les faits contraires qu'on nous oppose dans les campagnes ne nous semblent pas être irréfutables ; les faits contraires des villes ne sont pas non plus à l'abri de toute critique. D'abord un fait existe par lui-même, un fait contraire ne le détruit pas, et tous deux, le fait positif et le fait contraire, se concilient souvent dans une interprétation supérieure, laquelle nous échappe.

D'autre part les faits contraires qui établissent la diffusion plus ou moins grande du cancer dans les villes, ces faits se groupent parfois en taches cancéreuses comme dans les campagnes. Mollière a observé une maison à cancers à Lyon au bord de la Saône (1). Moreau en a décrit une à Auteuil (2).

Un grand nombre de faits analogues passent certainement inaperçus, un médecin de grande ville étant rarement appelé à traiter les différents locataires d'une même maison. Il n'est donc pas prouvé que les taches cancéreuses n'existent pas dans

(1) Félix. *Loc. cit. Revue des maladies cancéreuses*, 20 juillet 1896, p. 215 et Fabre, Thèse de Lyon, 1892, p. 172.

(2) Henry Moreau. *Revue scientifique*, 12 janvier 1895, p. 41.

les grands centres. De plus, si le cancer est vraiment une maladie contagieuse, il est certain que dans les villes importantes ne peuvent être retrouvées les conditions topographiques qu'on note aux origines apparentes du cancer dans les campagnes. Dès que la contagion s'opère, une agglomération urbaine considérable modifie forcément la topographie du cancer. Peut-être aussi cette contagion est-elle réellement moins marquée dans les villes en raison de la propreté plus grande des habitants. Le campagnard ne se lave pas. L'ouvrier des villes se lave au moins une fois par semaine. Il y a entre les deux la différence du jamais au quelquefois.

Les faits recueillis dans les villes sont donc loin d'être opposés à la doctrine de la contagion du cancer ; pour notre part nous y croyons fermement. Depuis longtemps les vieux médecins l'admettaient et la thèse de Fabre (1) renferme plusieurs observations de contagion datant des siècles passés. Le courant moderne tend à revenir à la tradition d'autrefois. En Angleterre le peuple croit à l'origine malarique du cancer (lettre adressée au Dr Fiessinger par le Dr A. Ruffer, de Londres) ; en France, Arnaudet le premier (2), puis Guelliot (3) et Fiessinger (4), ont montré que l'opinion ancienne de la contagion cancéreuse s'accordait mieux avec les faits cliniques que l'hypothèse d'une sorte de maladie autonome des tissus.

Nous croyons inutile de réfuter les arguments opposés à la théorie de la transmission du cancer, ils ont été détruits avec beaucoup d'habileté par le Dr Guelliot, au Congrès de chirurgie de Lyon en 1894 (5). Le médecin de Reims insiste, avec raison, sur la grande fréquence des observations de contagion, sur la rareté de l'hérédité, sur la coïncidence du cancer de l'utérus chez la femme et le cancer de la verge (il cite 23 cas de ces cancers entre époux), sur les faits de contagion chez les personnes qui soignent des cancéreux. Le Dr Budd (6) avait déjà affirmé en 1887 avoir vu mourir de cancer cinq chirurgiens du North Devon Infirmary et pense qu'une telle mortalité ne peut s'expliquer qu'en admettant, au moins pour quelques-uns des décédés, une trans-

(1) Fabre. Thèse Lyon, 1892.
(2) Arnaudet *Normandie médicale*, février 1889.
(3) Guelliot. *Union médicale du Nord-Est*, 15 février 1889.
(4) Fiessinger. *Revue de Médecine*, t. XIII, 1893.
(5) Extrait du 8e congrès de chirurgie de Lyon, 1894, Félix Alcan, édit.
(6) *Loc. cit. Revue Scientifique* du 12 janvier 1895, p. 39.

mission directe de la maladie des patients. Plus récemment encore, à la séance de l'Académie de Médecine du 9 mars 1896, le Dr Guermonprez, de Lille (1) rapporta les deux faits suivants de contagion professionnelle : « Un médecin, ne présentant aucun antécédent, fut atteint d'une ulcération cancéreuse dont le point de départ avait été une pustule d'acné. Ce médecin avait l'habitude de se gratter la figure, et comme il soignait et pansait à ce moment des femmes atteintes de cancer utérin, sans s'astreindre à toutes les précautions de l'antisepsie, M. Guermonprez pense qu'il s'est produit là une inoculation. Le deuxième fait est fourni par M. le Dr Guermonprez lui-même. Il opérait un épithélioma de la face et avait l'index dans la bouche du malade, quand son ongle fut retourné par suite d'un brusque mouvement de l'opéré. A la suite, se développa sous l'ongle une verrue, un papillome qui résista dix-neuf mois à toutes les cautérisations. »

Il n'apparaît pas, en effet, que toutes les circonstances invoquées pour établir la pathogénie du cancer soient suffisantes pour le provoquer. L'existence du chancre ou cancer des arbres, son étiologie qui relève de quelques conditions semblables, sa similitude clinique avec le cancer de l'homme, semblent au moins indiquer que la pathogénie applicable à l'un ne doive pas être absolument inconciliable avec l'autre. Voilà deux tumeurs malignes, l'une végétale, l'autre animale. Voilà les hypothèses qu'on a adaptées à l'explication de celle-ci. Le cancer des arbres se prêtera-t-il aux théories qui prétendent éclairer la pathogénie du cancer de l'homme ?

On sait que Conheim (2) émettait l'hypothèse d'un vice de développement embryonnaire. Il se produirait dans une des parties de l'ébauche fœtale plus de cellules qu'il serait nécessaire, les cellules sommeilleraient de longues années pour se réveiller un jour sous l'influence d'une cause banale. Cette pathogénie s'applique-t-elle à l'arbre ? Assimiler la graine à l'ovule serait encore plausible, mais cette assimilation ne nous expliquerait pas grand'chose. Avant tout il faudrait établir un premier fait : que nous portons en nous un trop plein de cellules. D'après M. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, il existerait un courant d'induction vital des cellules les unes sur les autres. Ce courant d'induction vient-il à manquer, la cellule tourne à l'anarchie, ne subit plus l'influence modératrice de l'organisme,

(1) *Loc. cit. Bulletin Médical* du 11 mars 1896, p. 251. C. R. Acad. de Méd.
(2) Conheim. *Loc. cit.* Critzmann. *Le Cancer*, p. 124, Masson, édit.

et voilà pourquoi nous devenons cancéreux. Il faudrait, ce nous semble, nous renseigner un peu sur ces courants d'induction et le rôle modérateur qui leur est dévolu.

Après les théories embryonnaires de Conheim et « électro-anarchique » de M. Bard (1), la théorie gémellaire. Elle est due à M. Critzmann (2). Rien de plus simple que cette théorie. Un cancer est un frère jumeau. Au lieu de se développer sous forme d'organisme humain, il se développe sous forme de tumeur maligne. Cette théorie étant contraire à la nature parasitaire du cancer n'a pas été mal accueillie dans le monde savant. Malheureusement, elle repose sur un nombre de faits extrêmement restreint.

En dehors de ces théories, les conditions invoquées pour expliquer l'apparition du cancer ont leur importance ; elles reposent au moins sur un nombre d'observations qui permettent de conclure à une certaine action de leur part. On sait, par exemple, que l'âge avancé prédispose au cancer, bien que la jeunesse ne constitue pas un préservatif infaillible contre cette maladie. Il est encore certain que l'hérédité joue son rôle. Toutefois la proportion des cancers héréditaires ne semble pas dépasser 1/10. C'est le chiffre auquel sont arrivés Félix (3) et Guelliot (4). Sur les 71 observations que nous a fournies le Dr Fiessinger, cinq fois les antécédents héréditaires étaient inconnus ; trois fois c'étaient des frères qui présentaient des tumeurs cancéreuses, les parents restant bien portants ; deux fois c'était le père ; une fois c'était la mère ; dans un cas c'était le père, la fille et les deux fils. Soit treize cas d'hérédité et 5 cas inconnus sur 71 observations. Or, le plus grand nombre des malades, où est enregistrée une hérédité possible, habitait ensemble. Il n'est donc pas dit que l'hérédité plutôt que la contagion puisse être invoquée dans quelques cas de cohabitation entre parents.

Nous ne voyons guère qu'une des observations du Dr Fiessinger, où une fille est morte d'un cancer de l'estomac, à Paris, alors que son père et ses deux frères avaient succombé à des tumeurs malignes, à Saint-Claude (Jura).

Nous croyons que l'hérédité exerce son influence comme cause prédisposante au cancer, mais nous ne croyons pas que son rôle aille au-delà. De même pour l'arthristisme et les abus de l'alimentation azotée. Les campagnards de la région d'Oyonnax (Ain)

(1) Bard. *Pathogénie du cancer. Médecine moderne*, 1894, page 1273.
(2) Critzman. *Le cancer*, page 129 et suivantes. G. Masson, éditeur.
(3) Félix. *Presse médicale Belge*, 19, 26 juillet, 2 août 1896.
(4) Guelliot. *Union médicale du Nord-Est*, février 1891, pages 24 et 25.

mangent en général peu de viande, ils ne la consomment pas altérée et se nourrissent de légumes, surtout de pommes de terre, d'œufs et de laitage.

D'autre part on ne voit pas comment l'arthritisme et les abus de l'alimentation carnée pourraient provoquer le cancer ou chancre des arbres. Les chagrins et les émotions dépressives sont assurément ressentis par l'homme. Admettons qu'ils aient leur influence, que du reste nous ne révoquons pas en doute, on ne peut plus faire intervenir ce facteur quand il s'agit de végétaux ! Diminution de résistance du terrain, voilà en quoi ces facteurs pathogènes agissent sur l'homme ; la différence de fonctionnement empêche naturellement de les retrouver sur l'arbre.

Les traumatismes sont plus souvent relevés dans la pathogénie du cancer des arbres (contusions, grêle, etc.). Dans l'espèce humaine, les contusions du sein, les coups à la région épigastrique, sont notés parfois dans les antécédents des malades. Cependant, que le traumatisme seul ne soit pas suffisant pour expliquer la pathogénie du cancer, nous n'en voulons pour preuve que la banalité excessive des coups et des contusions, eu égard à la rareté de cette tumeur maligne.

Le Dr Fiessinger a fait observer la fréquence des accidents lithiasiques opposés à la rareté du cancer primitif du rein et des voies biliaires (1). Il semble donc qu'à côté du traumatisme il y ait autre chose, un agent dont la nature nous échappe encore et qui ne pénètre dans l'organisme qu'à la faveur de la solution de continuité que lui ouvre le traumatisme. Cet agent, peut-être une spore comme l'admet Metschnikof (2), peut-être un protozoaire, comme semblent l'établir les travaux de Ruffer qui, avec son élève Plimmer, a coloré ces organismes à l'état vivant (3), cet agent décrit encore par d'autres observateurs (Nepveu (4), Podwyssoski et Sawtschenko (5), prend surtout position sur les organes exposés à l'extérieur ; les reins et les voies biliaires sont trop profonds pour lui fournir un siège habituel de développement. On sait comment la tumeur

(1) Fiessinger. *Revue de médecine*, tome XIII, p. 15, 1893.

(2) *Loc. cit.* Dr André. *Parenté clinique du fibrome et du carcinome.* Ext. des Act. du XIe Cong. méd. internat. de Rome, 1894. Marquès, éditeur, Toulouse.

(3) A. Ruffer and. H. G. Plimmer. *Further researches on some parasitic protozoa foundin cancerous iumours. — Reprinted from the Journal of Path. and Bact.* Edimburgh and London.

(4) Nepveu. *Les Parasites dans le cancer.* Extrait des *Archives de médecine expérimentale*, Janvier 1894. Masson, éditeur.

(5) Podwyssoski Sawtschenko. *Centralbl. für Bakteriol.*, nos 16, 17, 18.

maligne atteint facilement les orifices (orifices du tube digestif, lèvres, bouche, rectum). Ailleurs, ce sont des organes exposés à des irritations répétées, utérus gravide, estomac dyspeptique, seins qui ont allaité, ulcération cutanée. Les irritations seules ne paraissent pas aptes à produire la tumeur maligne (les cancers de l'utérus ne semblent pas exister dans les communautés religieuses (1), et cependant l'endométrite est banale chez les sœurs) (2). Les habitudes de chasteté ne sont pas favorables à la pénétration de l'agent cancéreux dans le vagin.

Sans que nous sachions quel est cet agent, nous sommes cependant au courant de la possibilité de sa transmission.

Ce sont d'abord les recherches cliniques de Arnaudet (3), Guelliot (4), Fiessinger (5), André (6), qui concluent à la nature contagieuse de la tumeur maligne. Ce sont ensuite les recherches des laboratoires.

Nous ne voulons pas résumer les anciens travaux de laboratoire qui confirment cette donnée. On les trouve reproduits dans les thèses de Fabre (7), de Viguès (8), de Castueil (9), mais il ne nous est pas possible de passer sous silence les résultats obtenus par notre maître, le Dr H. Morau (10). Non seulement l'inoculation positive du cancer de la souris blanche est assurée aux animaux de la même espèce, puisque, opérant depuis 1888 jusqu'à 1893, le Dr Henry Morau a pu obtenir plus d'un millier d'inoculations positives de la souris blanche à la souris blanche, mais encore, et c'est un fait qui nous paraît de toute importance au point de vue de la dissémination du cancer, la propagation de l'épithélioma de la souris malade à la souris saine a pu s'opérer sans inoculation expérimentale, et simplement par l'apport dans les cages des animaux sains de punaises

(1) Laroyenne. *Loc. cit.* Fabre. Thèse de Lyon, 1892, page 25.

(2) Fiessinger. *Revue de Médecine*, tome XIII, page 16, 1893.

(3) *Contribution à l'étude du cancer en Normandie. Normandie médicale*, février 1889.

(4) Guelliot. *La question du cancer. Union méd. du Nord-Est*, 15 février 1891.

(5) Fiessinger. *Revue de Médecine.* Tome XIII, 1893.

(6) André. *Parenté clinique du fibrome et du carcinome.* Ext. des Act. du Cong. méd. internat., tenu à Rome, 1893, page 5. Marquès, éditeur, Toulouse.

(7) Fabre. Thèse de Lyon, 1892. *De la contagion du cancer.*

(8) Viguès. Thèse de Paris, 1893, *Contribution à l'étude de l'Etiologie du cancer.*

(9) Castueil. *Contribution à l'étude de la Pathogénie des cancers.* Thèse de Paris, 1894.

(10) Morau. *Archives de médecine expérimentale.* 1er Septembre 1894.

sortant des cages des animaux malades (1). La précision et le soin avec lesquels ont été conduites ces recherches, les mettent à l'abri de toute critique. Il faut en effet tenir compte du nombre des expériences et de la constance des résultats obtenus, résultats d'ailleurs confirmés par les tentatives ultérieures d'autres expérimentateurs compétents, tels que M. le professeur Charles Richet et M. Netter.

A ces faits positifs et vérifiés nombre de fois, on ne saurait raisonnablement opposer aujourd'hui quelques tentatives infructueuses.

Du reste, on pourra toujours faire valoir que dans l'ignorance où il se trouve, non seulement de l'agent cancéreux et de ses différents degrés de virulence, mais encore du terrain favorable au développement de cet agent, que dans cette ignorance, l'expérimentateur qui a échoué, n'a dû son insuccès qu'à sa connaissance imparfaite des données du problème, et à l'impossibilité où il était de faire converger ses tentatives vers un résultat positif.

Ce que nous venons de dire s'applique aux expériences de transmission entre animaux de même espèce autant qu'aux expériences entre animaux d'espèces différentes. Dans ces cas, M. le professeur Duplay (2), MM. Cazin, Arloing (3) et d'autres encore, n'ont obtenu que des résultats négatifs. Cependant M. Rappin de Sautron (4) qui, lui aussi, n'a pas réussi non plus dans ses expériences de laboratoire, eut l'occasion de constater qu'une poule et une chienne, exposées à être en contact avec les substances et les liquides servant à ses expériences, furent atteintes de cancer.

Mais, si l'expérience dit non entre certaines mains, la clinique, elle au moins dit oui, ainsi qu'en témoignent certains faits de transmission d'homme à l'animal et de l'animal à l'homme, que nous avons déjà cités et les exemples innombrables, que connaissent bien les chirurgiens, d'inoculation de l'homme à l'homme.

Encore une fois un fait négatif ne signifie rien par lui-même d'autre, que l'impossibilité d'aboutir dans certaines conditions expérimentales données. Ces conditions sont-elles telles qu'elles répondent d'avance à toute objection? sur un agent que les expérimentateurs ne connaissent pas et sur un terrain que nous ne connaissons pas davantage, certains essais du laboratoire frappés

(1) H. Morau. *Revue scientifique*, 12 janvier 1895.

(2) Duplay. *De l'étiologie du cancer*. Rapport au Cong. de Budapesth. *Mercredi médical*, 26 septembre 1894, page 467. Et *Mercredi médical*, 1894, page 468.

(3) Arloing. *Mercredi médical*, 1894, page 468.

(4) Rappin. *Journal de méd. et de chirurg. prat.*, page 35, 1890.

jusqu'aujourd'hui de stérilité, démontrent-ils à tout jamais, que, modifiés dans un sens encore inconnu de nous, ils ne fassent germer plus tard une moisson abondante de découvertes?

Pour en revenir à notre pathogénie, voici donc ce qu'à défaut d'explication meilleure nous proposons :

Les travaux anatomo-pathologiques de M. Brault (1) et de M. Bard (2) en démontrant que le cancer n'est ni une inflammation, ni une dégénérescence, que son processus n'est semblable ni à celui de la syphilis, ni à celui de la tuberculose, ces travaux autorisent avec les données cliniques que nous avons relatées, une interprétation différente de celle qui est applicable aux maladies infectieuses.

Une tumeur végétale maligne est répandue dans les bois et les vergers, cette tumeur semble contagieuse, les taches cancéreuses des forêts de sapins, les risques d'inoculation par les greffes des branches malades le prouvent. Mais la contagion en raison de l'immobilité de l'arbre ne peut qu'être indirecte. Comment s'établit-elle?

C'est alors qu'intervient peut-être le rôle des insectes démontré expérimentalement par Morau (3) et par bien d'autres. Les grosses guêpes des bois semblent affecter une certaine prédilection pour le cancer ou chancre des arbres. Dans leurs pérégrinations transportent-elles la maladie? Et non-seulement la transportent-elles à un autre arbre mais encore déposent-elles l'agent cancéreux dont elles sont souillées sur des végétaux à l'usage alimentaire de l'homme. Dans une lettre au Dr Fiessinger, le Dr Ruffer parle de la grande fréquence des protozoaires qui vivent en saprophytes sur les insectes. Ceux-ci peuvent également transporter, mêlées au pollen qui souille leurs pattes, les spores contaminatrices, à supposer que celles-ci constituent l'agent pathogène. Nous n'affirmons rien, nous demandons simplement si l'infection par les insectes est possible. A son tour l'homme qui absorbera le végétal contaminé deviendra-t-il cancéreux? Mais répandu sur les arbres, transporté sur les corps des insectes, cet agent cancéreux peut infecter de manières multiples. Il peut tomber dans les eaux alimentaires, être charrié par les rivières, ce qui expliquerait l'in-

(1) Brault. *Archives de médecine*, 1885.

(2) Bard. *Anatomie générale des tumeurs. In Archives de Physiologie*, 1885, *et Spécificité cellulaire. Archives de Physiologie*, 1886.

(3) Moreau. *Archives de médecine expérimentale*, 1er septembre 1894 et *Revue scientifique*, 12 janvier 1895.

fluence des cours d'eau, surtout quand ceux-ci, sujets à des débordements, laissent déposer en dehors de leurs rives des germes qui, desséchés, sont ensuite mêlés à l'air. Il peut encore être déposé sur les parties découvertes du corps humain, soit qu'un insecte chargé du principe cancéreux vienne se poser sur la face ou les mains, soit que ce principe tombe tout naturellement sur l'épiderme, chassé par le vent sur le touriste qui se promène dans les bois.

En effet, le Dr Fiessinger (1) a insisté sur ce point, le cancer semble se développer de deux façons distinctes par l'intermédiaire de ce qu'on avale et par l'intermédiaire des doigts : ce sont, d'une part, le cancer du tube digestif, les cancers internes ; ce sont, d'autre part, les cancers des lèvres, des ulcérations, des cicatrices, des mamelons, des vagins, des utérus où se posent les doigts.

A défaut de certitude, cette hypothèse a du moins l'avantage d'expliquer les faits que nous avons recueillis. Cette interprétation paraît très vraisemblable. Nous n'avons pas la prétention d'affirmer, ni qu'elle est vraie, ni qu'elle est définitive. Si notre thèse n'avait d'autre résultat que de diriger les recherches en un sens où elles ne se sont jamais faites, nous croirions déjà ne pas avoir fait œuvre tout à fait inutile.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de cette étude nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Le cancer est une maladie très diversement répartie. Dans une même région, outre les localités où sévit la mortalité moyenne par cancer, on observe des taches d'immunité cancéreuse à côté de taches cancéreuses.

2° Des taches d'immunité cancéreuse occupent souvent un rayon de plusieurs villages limitrophes. Ces villages, au moins dans les observations que nous avons recueillies, sont situés sur des plateaux secs et assez loin des cours d'eau.

3° Les taches cancéreuses s'observent dans deux conditions différentes : soit ramassées en un territoire resserré de maisons (maisons à cancers, cancers entre voisins, hameaux cancéreux), soit au contraire étendues sur une surface plus large ; en ces

(1) Fiessinger, *Revue de médecine*, 1893, t. XIII.

cas, l'intermédiaire entre les différents cancers est fréquemment un cours d'eau.

4° Le cancer ne se répand pas toujours par taches ; faute de terrain favorable, il peut rester isolé. C'est dans ces conditions qu'on l'observe surtout dans les maisons écartées, situées hors ville, entourées d'arbres, aux lisières des bois. Un certain nombre de ces maisons isolées s'élèvent parfois au bord de l'eau.

5° Dans les taches d'immunité cancéreuse ou les taches cancéreuses, l'hygiène de l'habitant est la même, aucune différence d'alimentation, d'habitudes, de profession. Toutefois un village, situé dans un rayon d'immunité cancéreuse, peut finir par abriter des cancéreux. Cette circonstance se réalise parfois, quand dans ce village vient s'installer une personne que sa profession avait fait vivre jusque-là loin de ce village, un douanier par exemple.

Ce douanier se fixant dans une localité indemne, non seulement prend le cancer, mais encore il ouvre une série cancéreuse parmi ses voisins.

6° La fréquence du cancer dans les maisons isolées près des bois ou le long des rivières ne s'explique pas par de pures raisons de coïncidence.

7° Aucune des anciennes théories émises sur le cancer ne donne une explication satisfaisante du processus. Tout au plus un certain nombre de conditions peuvent être considérées comme prédisposantes (hérédité) ou déterminantes (traumatisme) ; mais ces conditions n'interviennent que dans un chiffre restreint de cas. Une autre pathogénie est de rigueur.

8° Le cancer près des bois évolue chez l'homme dans des localités où règne sur les arbres le chancre ou cancer végétal. Il existe des taches cancéreuses et des taches d'immunité parmi les arbres comme on en rencontre parmi les hommes. L'étiologie prédisposante qui accuse les contusions, la moindre résistance de l'arbre transplanté dans un sol moins riche, la marche clinique du cancer des arbres ressemble à celle du cancer de l'homme, la tumeur aboutit à la mort habituelle du végétal. Il n'est pas dit que l'étiologie déterminante de la tumeur végétale (spores de champignons, bactéries, causes inconnues) ne se retrouve pas dans l'étiologie du cancer des animaux et des hommes dans lesquels des spores ont été observées par Metschnikoff (1). La question de relation se

(1) Metschnikoff, *loc. cit.* Dr André. *Parenté clinique du fibrome et du carcinome* (Ext. des Act. du xie Cong. méd. internat. tenu à Rome, 1894). Marquès, éditeurs à Toulouse.

pose entre le cancer ou chancre des arbres et le cancer des hommes. La topographie du cancer des arbres par taches, sa transmission admise par les botanistes, indiquent la propagation par contagion. S'agit-il là du siège primordial de la tumeur maligne, communiquée ensuite à l'homme par différents intermédiaires, insectes souillant les végétaux alimentaires ou l'épiderme humain?

9° Des faits cliniques, qui semblent positifs, établissent la transmission du cancer de l'homme à homme. Des faits expérimentaux établissent d'une manière indéniable, la transmission du cancer entre animaux de même espèce. L'expérimentation échoue avec des animaux d'espèces différentes; mais l'ignorance où nous restons de l'agent cancéreux, l'impossibité où nous sommes de faire varier ses degrés de virulence, l'obscurité qui entoure les terrains de réceptivité de l'agent cancéreux, toutes ces causes permettent de se demander si les conditions expérimentales ont toujours reproduit les conditions de la clinique. A ce propos la question se pose, s'il existe véritablement un agent pathogène spécifique, de savoir si cet agent n'est pas susceptible d'un transformisme spécial dans des organismes différents.

10° La fréquence du cancer humain près des bois s'expliquerait par l'hypothèse d'une pathogénie univoque avec le cancer des arbres du voisinage. De même le cancer près des cours d'eau s'expliquerait, non seulement par le charroi de l'agent cancéreux venant de l'arbre, mais encore par celui du cancer venant de l'homme, l'eau ayant pu être souillée par des détritus cancéreux. On remarque que ce sont surtout les cours d'eau qui débordent dont les rives sont habitées par des cancéreux.

LE SARCOME DE LA PROSTATE, ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

(Fin).

Par le Dr **Alfred-L. DUPRAZ,**

Privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève

Nous n'entrerons pas dans des détails plus circonstanciés sur la symptomatologie des tumeurs de la prostate. Notre intention n'est pas d'en faire un tableau complet; celui-ci est suffisamment tracé dans les traités spéciaux. Notre but est de

rappeler les traits principaux de la maladie, pour voir si quelques-uns d'entre eux permettent de faire le diagnostic clinique différentiel du sarcome et du carcinome de la prostate, les deux tumeurs les plus fréquentes de cet organe.

Nous voulons l'essayer, quoique Jolly ait dit « que c'était une œuvre impossible et même dangereuse que de vouloir faire un paragraphe pour l'histoire clinique de chacune de ces deux espèces.

Résumons d'abord notre exposé :

Les symptômes des tumeurs de la prostate se divisent en symptômes subjectifs et en symptômes objectifs.

Les premiers sont : la difficulté de la miction pouvant aller jusqu'à la rétention suivie d'incontinence, les douleurs locales ou irradiées, les hématuries et la cachexie.

Quant aux symptômes objectifs, fournis par l'examen direct, ce sont : l'augmentation de volume de la prostate, les bosselures de la surface et la consistance de l'organe. Ce sont les plus importants.

Les symptômes caractéristiques du premier groupe sont principalement les douleurs du début de l'affection; dans le second ce sont les inégalités de la surface de la tumeur et sa consistance qu'il faut retenir. La constatation du volume est importante quand celui-ci atteint un fort développement, sinon on peut croire que l'on est en présence d'une simple hypertrophie.

Ce tableau, comparé à celui que donnent les observations cliniques, montre que :

1° Les douleurs irradiées sont plus fréquentes dans le carcinome. C'est aussi dans ce cas que se voient les hématuries et la cachexie précoce;

2° Les carcinomes de la prostate sont plus volumineux, les bosselures et les prolongements de la tumeur sont plus accusés et la consistance en est plus variable suivant les différents points.

Ces différences s'expliquent : l'envahissement du petit bassin est plus rapide dans le carcinome. De là, les douleurs, la cachexie et les troubles vasculaires des membres inférieurs et du rectum (œdème, hémorroïdes, etc.).

Toutes choses égales d'ailleurs, le carcinome, de par sa constitution histologique, a une tendance plus prononcée que toute autre tumeur aux ulcérations et aux hémorragies. L'envahissement plus rapide explique les irrégularités de la surface et

les prolongements que la tumeur pousse de toutes parts dans le petit bassin.

Reste un fait important pour la différenciation des deux espèces de tumeurs : c'est *l'état du système ganglionnaire.* Le carcinome, tumeur qui se développe dans les voies lymphatiques, a une tendance beaucoup plus grande à envahir de bonne heure le système ganglionnaire, tandis que le sarcome se propage presque exclusivement par voie sanguine (1). La présence de ganglions pelviens tuméfiés et indurés parlera sûrement en faveur d'un carcinome et c'est ce que prouvent toutes les observations de la clinique.

Les ganglions atteints le plus fréquemment sont les ganglions pelviens et les lombaires, auxquels les vaisseaux de la prostate aboutissent. Dans quelques cas on a noté la dégénérescence des ganglions inguinaux de la sphère génitale. Guyon rattache ce fait à l'envahissement du canal de l'urètre et il ajoute : « Point donc n'est besoin d'invoquer l'infection directe, transmise par les glandes de la fosse iliaque (Broca), ou une sorte de reflux de la lymphe vers les ganglions de l'aine, résultant de l'obstruction des ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la prostate (Broca, Jolly). »

Sans vouloir contredire en rien l'assertion de Guyon, nous ferons remarquer que l'hypothèse de Broca et de Jolly est parfaitement soutenable et qu'elle se confirme dans d'autres circonstances. Nous avons eu nous-même (2) l'occasion de montrer toute l'importance de ce mode de développement rétrograde dans l'accroissement du carcinome de l'estomac après la pénétration de la tumeur dans la sous-muqueuse.

Le diagnostic différentiel portera donc sur l'âge du malade, l'apparition des douleurs irradiées, les hématuries, la cachexie précoce et les modifications de l'état local, accusées par la palpation combinée.

Nous terminerons ici ce qui concerne le diagnostic. Nous ajouterons une seule remarque avant d'aborder la question du pronostic : les différents symptômes que nous venons de décrire se rapportent à un cas schématique; il est bien rare de les trouver réunis chez le même malade. Ils correspondent de plus

(1) Ceci ne signifie pas qu'on ne voie jamais un carcinome donner lieu à des métastases par voie sanguine.

(2) Dupraz, A. L., Contribution à l'anat. pathol. du carcinome de l'estomac. *Thèse de Genève,* 1891, p. 39 et 44.

à la période d'état de la maladie. Le début de celle-ci sera par conséquent très difficile à reconnaître. Seuls, l'âge du malade et l'apparition brusque des symptômes du début permettront de soupçonner le diagnostic. Mais ces cas sont des plus rares et quand ils s'agit d'hommes âgés, on comprend très bien la facilité d'une erreur de diagnostic, surtout lorsqu'il s'agit d'un sarcome de la prostate.

Le *pronostic* du sarcome est le même que celui du carcicome, quant à la gravité de la maladie et à sa durée; il est foncièrement mauvais. Engelbach, se fondant sur ses recherches bibliographiques, admet une évolution plus rapide pour le sarcome que pour le carcinome. Ceci est vrai chez l'enfant, la plus grande activité nutritive de cet âge en donne la raison. Thompson attribue à cette rapidité le fait de la rareté de la diffusion des néoplasmes dans ce cas. Mais chez l'adulte il en est autrement. Chez l'enfant la maladie dure de 4 à 7 mois; chez l'adulte et le vieillard de 2 mois à 9 ans, en moyenne de 2 à 4 ans. Ce dernier chiffre appartient exclusivement à des hommes très âgés. L'incertitude du début ne permet d'accorder qu'une faible créance à ces chiffres; nous avons vu que la maladie restait ignorée pendant un temps plus ou moins long.

Il nous reste à dire quelques mots du *traitement*. Celui-ci sera palliatif ou curatif. Le premier peut seul être employé dans le plus grand nombre des cas, la nature de la maladie étant reconnue trop tard pour permettre une intervention efficace. Il consiste à combattre les symptômes de la maladie : les calmants contre les douleurs, le cathétérisme fait avec une antisepsie minutieuse pour éviter la cystite et les lavements contre la constipation, en rempliront les indications. Quand le développement de la tumeur a rendu le cathétérisme impossible, il faut y suppléer par la ponction de la vessie. Nous croyons que la cystotomie sus-pubienne pourrait rendre de grands services dans ce cas (Poncet, Lejars).

Wharton et Harrisson ont eu recours à la taille périnéale avec drainage. Pour obvier à la constipation, ou plutôt, à l'obstruction intestinale, Oswald et Fenwick ont pratiqué la colotomie avec des résultats variables.

L'extirpation de la tumeur a été tentée par quelques chirurgiens audacieux. Demarquay, dans deux cas, a enlevé avec succès le rectum atteint de carcinome avec les parties voisines de la prostate envahies par la tumeur. Billroth cite le cas suivant :

Un homme de 30 ans était porteur depuis cinq ans d'un carcinome de la prostate gros comme un œuf d'oie, très mou, perceptible par le rectum et le périnée. Billroth en tenta l'extirpation. La tumeur avait grandi du côté de la vessie. Il fallut ouvrir celle-ci latéralement et il en résulta une perte de substance de la grandeur d'une pièce d'un franc qui guérit rapidement.

Les douleurs réapparurent après deux mois avec une récidive dans la cicatrice. Le malade mourut un an et deux mois après la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

Küchler, en 1866, a proposé l'ablation de la prostate. Il en a établi le manuel opératoire sur le cadavre.

Voici le procédé de ce chirurgien : Le sujet est placé dans la position de la taille latéralisée. On fend le périnée sur le raphé médian. Si le périnée est épais, on prolonge l'incision en arrière jusqu'au sphincter anal et à la paroi antérieure du rectum, mais sans les intéresser. On sépare la musculature du périnée, écarte latéralement les parties molles et cherche à atteindre la tumeur. On l'attire en bas et y pratique une incision correspondant à celle de la peau. La prostate est ainsi divisée en deux parties; on continue cette séparation en deux jusqu'à l'urètre, en évitant autant que possible de blesser celui-ci. On sépare ensuite soigneusement les deux moitiés de la prostate du canal de l'urètre en procédant de dedans en dehors et l'on enlève ainsi la tumeur.

Le cas rapporté par Billroth engageait Socin à faire d'autres essais du même genre. Les cas les plus appropriés seraient ceux dans lesquels la tumeur a grandi lentement, où le malade est peu affaibli, où les ganglions sont libres et permettent d'espérer qu'après l'ablation complète une récidive ne se produira pas trop rapidement.

Ces desiderata se rencontrent malheureusement bien peu souvent. Si toutefois ils se présentent, il nous paraît bien difficile que le canal de l'urètre reste seul normal dans sa portion prostatique et que l'on puisse, comme le veut Küchler, le séparer de la glande sans y laisser les germes d'une récidive nouvelle et à brève échéance.

Nous préférons nous ranger à l'avis du prof. Guyon, qui servira de conclusion à notre chapitre du traitement des néoplasmes de la prostate :

« Quand l'étude approfondie d'une lésion nous amène à

penser que la chirurgie peut être utile, il faut hardiment proposer l'intervention, quelles que puissent être ses difficultés. C'est le cas pour la plupart des tumeurs de la vessie. Lorsque, au contraire, nos investigations démontrent notre impuissance, il faut non moins résolument accepter l'arrêt qu'elles nous dictent et savoir s'abstenir. C'est, à mon avis, ce que vous devez toujours faire lorsque la néoplasie a son point de départ dans la prostate. »

A la clinique de notre maître, M. le prof. Julliard, nous avons appris à juger l'opportunité d'une opération par la réponse à ces deux questions :

1° L'opération est-elle possible?

2° Sera-t-elle utile au malade?

C'est là le code de la chirurgie qui s'occupe plus de son but sérieux, l'intérêt du malade, que de la gloire de l'opérateur.

III. Etude microscopique de la tumeur de l'omoplate

La tumeur de l'omoplate présente des différences suivant les points examinés. On peut y considérer une zone interne et une zone externe. Ces deux parties diffèrent par la disposition du tissu osseux plus abondant à la zone externe et par les relations entre les éléments de la tumeur et les vaisseaux sanguins. De plus, on trouve à la périphérie de la tumeur des éléments spéciaux, du tissu ostéoïde et du cartilage.

Le tissu osseux se présente sous forme de trabécules très fins, sortes d'aiguilles qui cloisonnent la coupe en cavités où la tumeur se loge. Ce tissu est raréfié, d'une part par l'ostéoporose sénile, et d'autre part par l'envahissement de la tumeur. On ne peut mieux le comparer qu'au tissu spongieux dont les lacunes seraient fortement dilatées et les cloisons très amincies. La structure de l'os lui-même est normale.

Le contenu des cavités est constitué par un sarcome à cellules rondes avec des espaces vasculaires fortement dilatés et remplis de globules sanguins. Dans les parties centrales, les lacunes sanguines n'ont pas de limites nettes, ni de parois appréciables qui les séparent de la tumeur; cellules sarcomateuses et éléments figurés du sang se trouvent mélangés. Ceci explique le ramollissement de cette partie et montre pourquoi cette hémorragie profuse qui a emporté le malade s'est produite à la suite de l'opération.

On retrouve plus extérieurement la disposition des veines et des capillaires spéciale au sarcome : grande lumière eu égard à l'importance du vaisseau et paroi représentée seulement par une membrane mince soutenue extérieurement par le tassement des cellules du néoplasme.

Le système vasculaire de la tumeur est très développé; il se comporte comme dans le sarcome hématode. Le plus souvent, l'endothélium n'est pas modifié. Cependant par-ci, par-là, il est tuméfié, les noyaux en sont très apparents et donnent à la lumière du vaisseau un aspect festonné.

Les cellules de la tumeur rappellent celles du néoplasme de la prostate. On y trouve le même polymorphisme depuis les petites cellules à protoplasme peu abondant et à grand noyau, jusqu'aux cellules polyédriques à noyau bien net et à protoplasme granuleux abondant. Celles-ci ont un diamètre double de celui des globules sanguins. Les formes de dégénérescence y sont beaucoup plus isolées et plus rares que dans la prostate. On ne les constate que dans quelques cellules et jamais dans des territoires étendus. Nous n'avons trouvé nulle part les cellules géantes ou myéloplaxes si fréquentes dans les ostéosarcomes. Abstraction faite de la présence du tissu osseux, ce sarcome ressemble complètement au sarcome hématode des parties molles.

Tous les éléments de la tumeur, cellules et vaisseaux, sont répandus dans une substance conjonctive finement fibrillaire dans les parties centrales. Plus extérieurement les fibrilles augmentent de nombre, elles se tassent et forment des faisceaux connectifs assez denses qui cloisonnent la tumeur en alvéoles à contenu cellulaire abondant et de même nature que les cellules parsemées dans le tissu conjonctif.

A la périphérie, le tissu osseux est plus abondant, les lacunes sont moins grandes la vascularisation moins développée et le tissu conjonctif plus abondant. Il s'ajoute au tissu osseux dans cette région du tissu ostéoïde en assez grande quantité. Ce tissu est formé d'un substratum amorphe, sans structure lamellaire, se colorant bien et parsemé de corpuscules étoilés dont les prolongements ne sont pas nettement accusés comme dans le tissu osseux normal. Il diffère du tissu ostéoïde que l'on rencontre dans certaines tumeurs par sa plus grande homogénéité et l'absence dans son intérieur de cavités comblées par les cellules du néoplasme. Le plus souvent, il est en rapports intimes avec

le périoste. Ceci est facile à constater, surtout à la limite de la tumeur, aux points où elle confine à l'os normal. Dans les endroits où la barrière périostique n'a pas été rompue, on trouve de place en place quelques noyaux de ce même tissu ostéoïde, surtout près des points de pénétration des vaisseaux sanguins.

La présence de ce tissu à la périphérie seule de la tumeur, son aspect particulier rappelant plutôt l'os en voie de formation, ses rapports avec le périoste nous engagent à admettre qu'il s'agit ici de prolifération osseuse de la part du périoste irrité par l'accroissement de la tumeur et non pas du tissu ostéoïde tel qu'on le trouve dans les ostéoïdosarcomes même des parties molles (poumons, etc.). Il s'est produit ici un fait de réaction analogue à celui qu'on constate dans les autres tissus envahis par un néoplasme.

Le tissu ostéoïde se retrouve dans les points où le sarcome a envahi le tissu conjonctif périphérique, il procède ici en partie du cartilage, en partie du tissu connectif. Il s'est produit une réaction qui a eu pour résultat une ossification, partielle comme degré, du tissu conjonctif et même du cartilage, fait bien plus rare d'après Virchow.

Cette prolifération nouvelle est encore démontrée par un fait de réaction analogue que nous allons relater maintenant et qui, du moins à notre connaissance, n'a pas encore été décrit, la *prolifération du cartilage* irrité par le développement de la tumeur.

Quand on examine les points de l'omoplate où s'insèrent les muscles et les aponévroses : acromion, apophyse coracoïde, épine de l'omoplate, etc., on y trouve du tissu fibro-cartilagineux, ce qui est normal. Ce tissu est constitué par une substance fondamentale fibrillaire dont les faisceaux s'entrecroisent dans toutes les directions et sont parsemées de rares cellules cartilagineuses à capsule épaisse, groupées en amas plus ou moins grands, en petits groupes et sous forme de traînées (1).

L'aspect fondamental est le même dans notre cas, mais il s'y ajoute des preuves non équivoques de prolifération cellulaire dans le cartilage :

1° En beaucoup d'endroits plus rapprochés de la tumeur, la substance intercellulaire est si finement fibrillaire qu'elle paraît

(1) Stohr. Lehrb. der Histologie und der microscop. Anatomie des Menschen. Iena 1887.

hyaline au premier examen et les cellules cartilagineuses y abondent.

2° La zone des éléments alignés ou groupés est beaucoup plus développée que normalement. Il suffit, pour s'en rendre compte, de comparer cette zone dans notre cas et dans les cas normaux, et nous l'avons fait en examinant les mêmes points sur des omoplates sains. L'examen des parties normales de l'omoplate dans notre cas conduit au même résultat.

3° Les capsules cartilagineuses les plus rapprochées du tissu ostéoïde sont volumineuses, analogues aux cellules cartilagineuses en voie de prolifération, dans le voisinage de la zone d'ossification. Sur des préparations non décalcifiées, on se rend compte de leur incrustation par les sels calcaires. Elles rappellent exactement celles que Virchow décrit dans sa *Pathologie cellulaire* à propos du rachitisme. On se rend compte que le cartilage est envahi dans ces points par l'ossification d'une manière irrégulière. Il se continue sans ligne de démarcation avec le tissu ostéoïde et, à la zone de transition, on voit nettement le passage des cellules du cartilage à celles du tissu ostéoïde par l'envahissement progressif de ce tissu. Notons en passant que ici aussi la formation du tissu ostéoïde a lieu, conformément aux lois de l'ossification dans le voisinage des vaisseaux sanguins. Ceux-ci pénètrent de plus en plus le cartilage, surtout le pseudohyalin, et y forment des tunnels qui s'ossifient sur leur pourtour. Mais la tumeur y vient à son tour et, par son accroissement rapide, effondre tous ces moyens de défense de l'organisme et se propage plus loin.

4° Dans cette zone on trouve un assez grand nombre de capsules cartilagineuses avec plusieurs cellules et des cellules globuleuses à deux noyaux, analogues à celles que Ranvier décrit dans les tendons destinés à être envahis par l'ossification.

Plus loin, du côté des insertions des fibres musculaires et aponévrotiques, la zone des capsules cartilagineuses ne se termine pas en mourant comme cela a lieu dans les cas normaux. Ceci se voit en quelques points, mais c'est la grande exception. Le plus souvent, le fibrocartilage a des limites très nettes, elles sont irrégulières, on voit des prolongements périphériques qui se continuent directement avec les faisceaux tendineux. La limite entre les deux est rendue très appréciable parce que la substance fondamentable est très tassée dans le cartilage et que les faisceaux connectifs sont moins pressés les uns contre les

autres. Une autre cause rend la distinction très nette entre ces deux parties : c'est la zone d'ossification qui se colore fortement tout autour du cartilage.

A côté de ces points il en est d'autres où les limites sont moins accusées. Entre les faisceaux connectifs, on voit des capsules cartilagineuses isolées qui s'avancent plus ou moins loin, sans être entourées de substance fondamentale. Elles sont globuleuses et renferment souvent deux noyaux. Il nous est arrivé de voir quelquefois ces deux noyaux se regarder par leur concavité et être enveloppés dans une même couche qui se colorait plus faiblement qu'eux. La figure ainsi obtenue rappelle de loin le stade des *étoiles filles* dans la segmentation indirecte. Le mode de fixation explique la grande altération des mitoses; il n'en subsiste pas moins un fait, la présence de deux noyaux dans une cellule, preuve évidente de prolifération.

Dans cette région, comme dans la partie plus centrale, l'ossification envahit le cartilage à sa périphérie et dans les points centraux où se trouvent des vaisseaux sanguins.

A la limite extrême du néoplasme, dans les parties éloignées de l'os normal, le périoste a été rompu et l'on constate dans la musculature les éléments du sarcome qui ont pénétré assez loin dans le tissu conjonctif interfasciculaire. Ce tissu est plus abondant que normalement et le tissu adipeux s'y est fortement développé. Par contre, les fibres musculaires ont subi, quelques-unes la dégénérescence graisseuse, les autres l'atrophie simple, pendant que d'autres sont bien développées et présentent une striation très nette et un protoplasme abondant qui se colore facilement et fortement.

On trouve encore, en dehors de ces points, dans le tissu connectif interfasciculaire, du tissu ostéoïde formé directement aux dépens du tissu conjonctif. Ce tissu se présente sous forme de treillis avec de grandes lacunes où se trouvent les vaisseaux et le tissu conjonctif. Les travées ostéoïdes sont garnies d'une bordure de cellules assez grandes, arrondies, un peu irrégulières, qui sont peu à peu envahies par le tissu osseux. Ce sont, à n'en pas douter, des cellules ostéoplastes : leur disposition, leur groupement, leur aspect, leurs relations avec le tissu ostéoïde, tout l'indique. Leur manière de se comporter vis-à-vis des réactifs colorants indique leur grande vitalité, plus grande que celle des cellules sarcomateuses qui se colorent bien moins fortement et dont l'aspect est d'ailleurs différent.

Au voisinage de la tumeur, la musculature présente donc de la myosite interstitielle. L'irritation du néoplasme y a fait apparaître de la myosite ossifiante avec formation de tissu ostéoïde aux dépens du cartilage d'une part et du tissu conjonctif d'autre part.

En résumé, il s'est produit une réaction de tous les tissus de l'organisme contre l'envahissement du sarcome. Ce fait est déjà connu pour la plupart des tissus et des organes. La réaction du périoste aboutissant à la production du tissu ostéoïde en particulier est déjà connue. Mais, ce qui, à notre connaissance du moins, n'a pas été démontré jusqu'ici, c'est la réaction proliférative dans le cartilage. Grâce à sa vascularisation peu développée, ce tissu résiste longtemps à l'envahissement par un néoplasme, mais, quand celui-ci se produit, le cartilage réagit comme les autres tissus. Notre cas le prouve d'une manière très nette par les signes nombreux de prolifération cellulaire que nous avons relatés.

Une autre preuve de notre assertion, preuve encore plus directe que la précédente, se voit dans les points du cartilage envahis par la tumeur. Quelquefois l'envahissement a été si rapide que la zone ostéoïde périphérique n'a pu se former et que tumeur et cartilage sont en présence immédiate. On trouve toujours dans ces endroits un vaisseau sanguin entouré des éléments du sarcome. Les cellules du cartilage ont proliféré; les capsules contiennent plusieurs cellules petites et qui se colorent très bien; quelques-unes ont deux noyaux (1).

Quelle sera la conclusion de notre examen microscopique? Nous avons vu par ce qui précède qu'il ne s'agit pas d'un ostéoïdochondrosarcome; le tissu ostéoïde et le cartilage sont préexistants ou nés de la réaction de l'organisme contre l'envahissement de la tumeur. Ce qui le prouve, c'est leur présence à la périphérie seule de la tumeur et dans des points particuliers, pendant qu'on ne retrouve pas ces tissus dans les parties centrales, même immédiatement sous le cartilage articulaire de la cavité glénoïde; dans ces derniers points, il n'y a que du sarcome hématode. Nous concluons donc que la tumeur de l'omoplate est un *sarcome hématode à cellules rondes.*

(1) Cette question de la prolifération du cartilage en présence d'une tumeur demande encore d'autres recherches pour en élucider toutes les conditions. Nous ne nous étendrons pas davantage ici sur un point qui n'est pas en connexion immédiate avec le sujet principal. Nous nous réservons de compléter ces recherches et nous en communiquerons le résultat dans un prochain travail.

IV. Relations des deux tumeurs

Il nous reste maintenant, pour compléter notre tâche, à parler des relations qui existent entre le sarcome de la prostate et celui de l'omoplate. Nous allons tâcher d'élucider une question que ni les renseignements cliniques ni l'anatomie pathologique macroscopique ne permettent de serrer même d'un peu près. Le microscope nous donnera la solution du problème.

A priori, ces tumeurs peuvent avoir des rapports entre elles ou n'en point avoir du tout. En d'autres termes, elles peuvent provenir l'une de l'autre par voie de métastase, ou bien elles sont nées simultanément en deux points différents par des causes indépendantes ou par une cause unique agissant au même moment sur deux points de l'organisme.

Si elles proviennent l'une de l'autre, il reste à rechercher laquelle des deux est primitive et laquelle doit être considérée comme une métastase.

Il faudra répondre d'abord à deux questions principales :

1° Les tumeurs sont-elles simultanées?

2° Dérivent-elles l'une de l'autre, et comment?

1° *La tumeur de l'omoplate et celle de la prostate ne sont pas simultanées.*

La simultanéité demande la parité d'âge. Ici, cette parité n'existe pas : les dégénérescences et les ramollissements des deux tumeurs sont très différents. Nulle ou à peu près dans la tumeur de l'omoplate, la dégénérescence est, au contraire, très nette dans plusieurs points, surtout à la zone externe de la prostate, Or, c'est là un signe d'âge avancé pour une tumeur. Les ramollissements se produisent surtout à la suite des troubles vasculaires, et, dans les tumeurs qui nous occupent, ceux-ci sont de nature mécanique : compression des vaisseaux par la tumeur causant le retard de l'afflux sanguin et la stase de la circulation veineuse de retour. La seule cause qui les produit, c'est l'accroissement de la tumeur; plus celui-ci est avancé, plus la tumeur a de chances de se ramollir. A ce point de vue, on peut déjà émettre l'hypothèse que la tumeur de la prostate est antérieure au sarcome de l'omoplate. Mais il y a d'autres raisons qui justifient notre manière de voir. Nous allons les passer en revue.

2° *Le sarcome de la prostate est une tumeur primitive et celui de l'omoplate une tumeur secondaire.*

a) Le sarcome de la prostate est une tumeur primitive.

Ainsi que nous venons de le voir plus haut, la tumeur de la prostate est plus ancienne que celle de l'omoplate. Le fait de l'envahissement, égal partout, de la prostate parle en faveur de notre hypothèse; une tumeur secondaire est plus volontiers localisée (Zahn, Reboul), et nous avons vu combien les sarcomes primitifs limités à une partie de la prostate sont rares.

L'état avancé du développement du néoplasme rend difficile l'indication exacte de son point de départ. Cependant sa manière d'être prouve que ce sont les parties périphériques qui sont les plus anciennes; ce sont elles qui sont les plus dégénérées, et il est probable que la tumeur a son point de départ en ces endroits. Ceci est conforme à la nature de la tumeur et à la structure histologique de la prostate.

b) Le sarcome de l'omoplate est une tumeur secondaire.

Ce sarcome a les caractères d'un sarcome secondaire dans un os. Rien dans sa nature ni dans sa structure ne le rattache au tissu osseux si l'on fait abstraction de son substratum, qui ne lui appartient pas en propre. Notre description microscopique nous montre que c'est un sarcome hématode. Si l'on se reporte à la description des sarcomes des os dans les traités de pathologie, on voit que ces tumeurs présentent toujours, quel que soit leur genre, quelques caractères, éléments cellulaires ou tissu, montrant d'une façon indiscutable leur parenté avec le tisssu osseux. Ce fait est si vrai que même les métastases, dans les parties molles, conservent ces caractères de la tumeur primitive.

Nous ne retrouvons rien de semblable dans notre cas. Une analyse rigoureuse montre clairement que le sarcome de l'omoplate est un sarcome secondaire développé dans cet os. Qu'il nous suffise de rappeler ici ce que Virchow dit dans son *Traité des tumeurs* de l'ostéosarcome, du sarcome primaire des os et du sarcome secondaire des os.

Ainsi donc, sarcome primitif de la prostate et sarcome secondaire de l'omoplate, voilà le résultat de l'examen microscopique des deux tumeurs. L'histoire clinique du malade ne fournit aucun indice pour ce résultat, mais ce fait n'a rien de très extraordinaire. Le malade a gardé pendant longtemps la tumeur de sa prostate sans que celle-ci lui causât la moindre gêne ou, du moins, la gêne était peu appréciable. La métastase s'est faite pendant ce temps dans l'omoplate et s'y est développée peu à peu. Le malade l'a remarquée au moment où son développement était

assez avancé pour produire une subluxation de l'épaule à la suite d'un effort. Toutes les observations que nous avons relatées, montrant combien il est difficile d'attribuer une date précise au début de l'affection, même quand les symptômes ont été plus tard des plus accusés, faut-il s'étonner de la marche de notre cas où les symptômes se sont réduits pendant toute la durée de la maladie à ceux d'une hypertrophie de la prostate pure et simple ?

En terminant, nous voulons essayer de voir comment la métastase s'est produite?

La métastase d'une tumeur peut se faire de quatre manières différentes, toutes les quatre bien démontrées par des pathologistes. Ce sont : 1° l'embolie pure et simple; 2° l'embolie paradoxe; 3° l'embolie capillaire; 4° l'embolie par transport rétrograde. Il n'y a pas lieu de discuter le premier mode dans notre cas. Le second ne trouve pas son application ici : le trou de Botal est fermé.

Sous le nom d'*embolie capillaire*, on désigne ce processus dans lequel « l'air, la graisse liquide ou des particules solides de dimensions microscopiques (granulations pigmentaires, amas de petites cellules ou grandes cellules isolées) entraînées par le courant sanguin, s'arrêtent dans les capillaires ou dans les artérioles capillaires (1) ».

M. le prof. Zahn, après avoir admis la probabilité du fait pour les métastases des néoplasmes (2) et attiré l'attention sur les erreurs qui peuvent se produire dans l'interprétation, dit (3) : « Pour admettre avec certitude que les noyaux néoplasiques secondaires sont produits par embolie capillaire, il faut démontrer tout d'abord que les germes de tumeurs qui les ont produits, ont passé par le poumon sans y être arrêtés. » Puis il ajoute que c'est un fait très rare : sur 66 cas de tumeurs malignes avec métastases, où l'état du Botal est noté dans les procès-verbaux des autopsies faites à l'Institut pathologique de Genève, il n'a trouvé que les trois cas qui sont l'objet de son travail.

L'embolie capillaire demande, pour se produire, des éléments qui puissent traverser les capillaires du poumon, dont les dimensions ne soient, par conséquent, pas plus grandes que celle

(1) Van Recklinghausen, *Deutsche Chirurgie*, 1883, vol. 1. Livr. 2 et 3, p. 167.

(2) *Virch. Arch.* 1889, vol. 115, p. 78.

(3) *Virch. Arch.* vol. 117.

des globules sanguins. Nous avons trouvé dans la tumeur primitive des éléments qui répondent à ces exigences. Ces éléments. on s'en souvient, se trouvent surtout autour des veines. Faut-il leur attribuer l'origine de la métastase? Ce fait est possible et l'hypothèse de l'embolie capillaire ne peut s'éliminer dans notre cas.

Nous ne croyons cependant pas que ce soit la seule explication plausible. On ne peut exclure complètement *l'embolie par transport rétrograde*. Malheureusement, les constatations faites à l'autopsie ne permettent pas une conclusion affirmative; elles ne la rendent que probable.

Von Recklinghausen a posé les lois de ce processus (1). On peut les ramener à une seule : troubles circulatoires dans le cœur droit avec reflux dans le système veineux périphérique lors de la systole. Ces troubles existaient chez notre malade; il s'agit, en effet, d'un homme âgé de 73 ans, dont le cœur est dilaté, dont les poumons sont emphysémateux et complètement adhérents. Ce sont les conditions nécessaires pour la possibilité du reflux dans les veines.

Voici la voie qu'aurait suivie l'embolus dans son transport rétrograde : les deux troncs veineux brachiocéphaliques dont se forme la veine cave supérieure, sont disposés de telle façon que le gauche est deux fois plus long que le droit, qu'il est presque horizontal et plus volumineux que son congénère. Ni l'un ni l'autre n'ont de valvules.

Le tronc brachiocéphalique se forme de la réunion de la jugulaire interne et de la sous-clavière. Celle-ci reçoit près de cet abouchement la jugulaire externe, dans laquelle se jettent les veines scapulaires postérieure et supérieure. C'est ce trajet que devrait parcourir l'embolus, s'il était transporté par le reflux sanguin, pour venir se fixer à l'omoplate.

Les rides des thrombus veineux sont un excellent criterium pour juger de la distance à laquelle le reflux se fait sentir dans une veine. Dans le membre inférieur, où l'effet de la pesanteur s'ajoute à la pression du cœur pour porter ce reflux plus loin, M. Zahn a trouvé des thrombus ridés jusque dans la veine fémorale profonde. Dans les parties supérieures du corps la pesanteur agit en sens inverse, mais la distance de l'oreillette droite aux veines de l'omoplate est bien inférieure à celle de cette

(1) Ueber die vénœse Embolie und den retrogaden Transport in den Venen und in den Lymphgefæssen. *Virch. Arch.* vol. 100, 1885.

même oreillette aux veines de la cuisse. Il faudrait rechercher dans les veines scapulaires l'existence de thrombus ridés pour savoir si le reflux va jusqu'à elles. Ceci serait possible en tout cas dans le décubitus et surtout quand le malade se couche sur son côté gauche; la pesanteur a une action plutôt adjuvante qu'empêchante dans ce cas, et celui-ci se produit tous les jours au moins une fois et pendant une certaine durée.

Pour notre cas, étant donnés les renseignements que nous avons recueillis, il ne nous est pas possible d'expliquer pourquoi l'embolie s'est faite à gauche plutôt qu'à droite. Mais l'hypothèse de l'embolie capillaire ne donne pas plus la raison de ce fait que la supposition du transport rétrograde.

Quant au transport de l'embolus de la prostate à l'oreillette droite, il s'explique facilement. Il n'y a pas lieu d'insister sur la manière dont il s'est produit.

Notre dernière explication est purement hypothétique; elle ne semble donc pas devoir jouir d'une grande créance. Cependant elle explique un point que la théorie de l'embolie capillaire ne justifie pas complètement: c'est le siège de la tumeur dans l'omoplate. La partie qui a été envahie est celle qui se trouve près de la cavité glénoïde, dans le tissu spongieux qui existe au col de l'os et à la base de l'épine de l'omoplate. Or, les trous nourriciers de l'os se trouvent en ces points et les veines intra-osseuses y sont très développées. Pourquoi une embolie assez petite pour franchir les capillaires du poumon viendrait-elle se fixer en ce point au lieu de continuer sa route vers des vaisseaux de plus petit calibre? La pression artérielle est amplement suffisante pour la pousser plus loin. Hâtons-nous de dire que ceci n'est pas absolument improbable, il y a aussi des capillaires à cet endroit de l'os, mais il nous paraît plus légitime d'admettre que l'embolus, refluant du cœur par les veines, s'est arrêté dans ce point parce qu'il ne pouvait pas aller plus loin.

Un autre motif est en faveur du transport rétrograde, c'est l'unité de la métastase. Dans la plupart des cas d'embolie capillaire, les métastases ont été multiples. De même que nous invoquons le transport rétrograde pour notre cas, de même sommes-nous disposé à admettre que dans le cas de Reboul (obs. XIV), à supposer que le trou de Botal fût fermé, ce que nous ignorons, les métastases multiples se sont produites par embolie capillaire.

Deux hypothèses permettent d'expliquer le transport du

sarcome de la prostate dans l'omoplate. Chacune d'elles peut se soutenir par de bons arguments et chacune présente ses obscurités. Il ne s'agit du reste, ici, que d'une question d'interprétation d'importance secondaire. Les rapports des deux tumeurs se démontrent parfaitement et, comme nous le disions plus haut, le microscope nous a permis d'établir un point que ni la clinique. ni l'anatomie pathologique microscopique ne pouvaient élucider (1). (*Revue médicale de la Suisse romande*, sept. et oct. 1896.)

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Luc. — *Sarcome du sinus frontal.* (Méd. mod., 6 mars 1897, p. 151).

Observation ayant trait à un cas de sarcome fusocellulaire du sinus frontal avec exsudat colloïde ayant pénétré dans l'orbite. A la suite, il se produisit une méningite purulente, localisée à la partie antérieure du cerveau, puis, quelque temps après, une pneumonie septique, qui guérit en sept jours. La malade finit par guérir après plusieurs interventions chirurgicales (ouverture du sinus, drainage, puis trépanation).

(1) Nous voulons citer ici, à cause de la grande analogie qu'elle présente avec notre cas, une observation rapportée par Berger à la *Société anatomique* en 1871. Le procès-verbal de l'autopsie n'est malheureusement pas assez complet (manque de renseignements sur l'état du cœur) pour que ce cas puisse servir à étayer notre manière de voir.

Il s'agit d'un cancer des vésicules séminales et de la prostate avec de nombreuses métastases dans le foie. Il existe en même temps à la face, sur le trajet de l'artère mentonnière, un foyer à moitié suppuré et qui montre une infiltration générale de toutes les couches qui composent la région, par un tissu analogue à celui de la tumeur primitive.

Berger explique le noyau métastatique de la face par une embolie secondaire, partie du foie par les veines sus-hépatiques et qui se serait arrêtée dans une branche de la faciale ou même de la maxillaire interne. Dans la discussion du cas, Berger admet le passage de la tumeur, d'abord au foie, puis au visage sans déterminer par quelle voie.

Verstraete. — *Sarcome sous-périostique de la clavicule droite. Résection. Guérison.* (J. Sc. méd. Lille, 8 mai 1897, 446).

Homme de 46 ans portant, depuis 7 mois, sous la clavicule, une tumeur du volume actuel d'une mandarine, dont quelques caractères (rapport avec la clavicule douloureuse à la pression, riche circulation veineuse, pseudo-fluctuation, quelques douleurs spontanées) sont ceux d'un sarcome. L'opération montre qu'il s'agit d'un sarcome sous-périostique; la clavicule dénudée est réséquée dans sa totalité. Pas d'engorgement ganglionnaire. Œdème du bras consécutif. Un mois après l'intervention, marche rapide de la cicatrisation. Le malade a recouvré tous les mouvements du bras. Sarcome encéphaloïde sous-périostique.

W. Keen. — *Résection du sternum pour tumeurs.* (The med. and surg. Reporter, 27 mars 1897).

L'auteur a réséqué deux fois le sternum, pour sarcome dans le premier cas, pour carcinome secondaire dans le second. La première opérée, femme de 28 ans, guérit ; il lui avait enlevée le manubrium, le tiers interne de la clavicule gauche et le tiers inférieur du sterno-cléido-mastoïdien. La seconde opérée, âgée de 44 ans, mourut après récidive ; elle avait subi, en mars 1892, l'amputation du sein gauche avec curage de l'aisselle. La tumeur récidiva et, en mars 1894, Keen enleva le sein droit, une partie du manubrium et du corps du sternum. La malade mourut au mois d'août suivant.

La résection du sternum pour tumeurs en particulier, est une opération peu commune. W. Keen en a réuni dix-neuf observations. Le pronostic n'est pas défavorable. L'incision affectera, suivant le cas, la forme d'un T, d'un L ou d'un H ; il est bon, pour se donner libre accès sur le squelette, d'enlever au préalable toutes les parties molles ; on réséquera ensuite la partie interne d'une ou des deux clavicules, puis les cartilages costaux, en prenant garde de ne pas ouvrir la plèvre ou le péricarde et de ne pas léser la mammaire interne. On résèque enfin la portion malade du sternum ; la cavité est bourrée de gaze et la peau partiellement suturée.

Reinhardt. — *Sarcome des os longs.* (Médec. mod., 26 mai 1897, page 333).

Reinhardt rapporte que dans les années de 1880 à 1895, on a observé à la clinique de Kœnig, 54 cas de sarcome des os longs, sarcomes centraux et périostiques ; il y avait une combinaison des deux formes, mais la plupart des sarcomes partaient du centre. On trouve cette forme de tumeur aussi bien dans l'épiphyse que dans la diaphyse, mais ce dernier cas est le plus fréquent.

La ligne de l'épiphyse forme une dépression du côté où s'accroît le sarcome, de sorte que cette ligne ondulée est souvent refoulée par les progrès de la tumeur, parfois même elle est perforée Le siège de prédilection est l'épiphyse au voisinage de l'articulation du genou, aussi bien dans le fémur que dans le tibia (32 cas). Du côté du centre de l'os, le sarcome est diversement limité, souvent l'infiltration continue dans l'os. Parfois on trouve quelques nodosités disséminées, ce qui est très important pour l'opération.

Le résultat de l'opération des 54 observés dans le cours de 4 ans est le suivant : 13 récidives, 32 métastases, 9 guérisons persistantes. Parmi ces dernières toutes les formes de sarcome sont représentées.

Courtin. — *Ostéosarcome de la clavicule gauche développé pendant la vie intra-utérine.* (J. Méd. Bordeaux, 20 juin 1897, p. 311).

Enfant du sexe féminin, née à terme, issue d'un père et d'une mère sains. Une tante du père est morte d'un cancer du sein et une grand-mère maternelle d'un cancer de l'utérus. Le lendemain de la naissance on constate l'existence d'une tumeur claviculaire :

La tumeur est développée aux dépens de la partie moyenne de la clavicule et envahit son extrémité sternale. La peau qui la recouvre est plus rouge que dans les parties voisines ; des veines rampent à sa superficie plus développées qu'à l'état normal ; elles recouvrent d'un lacis apparent la région mammaire, la fosse sus-épineuse et la région latérale du cou.

Au palper, la peau recouvrant la tumeur est plus chaude que dans la région opposée. En circonscrivant les limites de la tumeur, en appréciant sa consistance et ses connexions avec les organes voisins, on voit qu'elle envahit la totalité de la partie moyenne et sternale, qu'elle siège surtout à la partie supérieure et antérieure ; elle a le volume d'une petite noix ; sa consistance est mollasse, sans fluctuation ; sa surface n'est pas lisse, mais lobulée. Il existe en certains points un léger bruit parcheminé, dénotant l'envahissement du périoste.

Le tissu conjonctif est déjà envahi, la peau se détache difficilement en certains points ; pas de ganglions dans le creux axillaire, aucune compression veineuse artérielle ou nerveuse. Le pouls est égal des deux côtés ; l'enfant n'a pas d'œdème de la main ; elle ne crie pas et ne souffre pas lorsqu'on fait mouvoir son bras gauche.

L'infiltration du tissu conjonctif et de la peau indique un début déjà ancien. On ne peut se méprendre sur la malignité des symptômes présentés par cette tumeur ; le diagnostic est bien celui d'ostéo-sarcome de la clavicule.

Pas d'intervention. Mort au bout d'un mois.

Carrière et Viehn. — *Ostéosarcome de l'os coxal.* (J. Méd. Bordeaux, 11 avril 1897, p. 175).

Chez un malade mort des suites d'un ostéosarcome de l'os coxal, on a trouvé, à l'autopsie, les lésions suivantes :

Une tumeur siégeant dans la fosse iliaque gauche et refoulant en haut les intestins se continue directement en arrière avec l'os coxal. Elle refoule en avant le psoas qui est fortement tendu au devant d'elle. Le nerf crural et le fémoro-cutané, repoussés en avant par la tumeur, sont considérablement tendus, ce qui leur donne un aspect rubané anormal. L'S iliaque est adhérent à la tumeur ; il y a là un léger degré de péritonite plastique. La masse intestinale une fois enlevée, on constate que la néoplasie s'étend bien au delà de la fosse iliaque gauche ; elle a envahi la partie supérieure de l'os coxal droit et forme là une nouvelle tumeur globuleuse, moins volumineuse que la précédente, mais refoulant à ce niveau le psoas iliaque droit qui a une teinte noirâtre, ecchymotique très prononcée.

L'uretère gauche passe en avant de la tumeur ; il est comprimé au niveau de sa pénétration dans le petit bassin et fortement dilaté au-dessus ; à ce niveau, il a d'un à deux centimètres et demi de diamètre ; il renferme du pus. L'uretère droit est comprimé et dilaté comme le précédent ; il a d'un centimètre et demi à trois centimètres de diamètre et renferme aussi un liquide purulent.

Les bassinets sont distendus des deux côtés par un liquide purulent. Les ganglions iliaques et les ganglions lombaires, fortement augmentés de volume, présentaient une teinte blanchâtre et une consistance presque cartilagineuse. Il en est de même des ganglions inguinaux. Péricystite purulente très marquée.

L'arcade de Fallope bride en avant la tumeur qui descend dans le triangle de Scarpa en revêtant un aspect bilobé manifeste. Si nous essayons de séparer les muscles psoas iliaques de la néoplasie sous-jacente, nous ne pouvons y parvenir. Ils font corps avec elle. Si nous incisons alors le muscle, nous voyons s'écouler une quantité énorme d'un liquide sanglant, noirâtre, renfermant des flocons blanchâtres et des débris d'os réduits en fragments très délicats simulant une dentelle.

Nous introduisons alors la main dans la cavité kystique que nous venons d'ouvrir : elle est plus volumineuse que le poing fermé. Elle est limitée de toute part en arrière par l'os qui s'effrite au moindre contact. En avant, la paroi ne renferme plus que des fragments d'os effrité. L'os coxal gauche tout entier a subi cette transformation kystique. On sent au fond de la cavité la tête fémorale qui a perforé le fond de la cavité cotyloïde. A droite, après incision du psoas, on tombe dans une cavité kystique, de la dimension d'une grosse pomme, et dont les parois sont constituées de tissu osseux qui se désagrège au moindre contact.

Du côté du sacrum, la néoplasie a envahi complètement l'aileron gauche ; l'aileron droit est à peu près normal extérieurement. Le corps du sacrum est lui-même atteint, et les premier, deuxième et troisième trous de conjugaison sont presque totalement effacés ; les racines qui en sortent sont perdues au milieu du néoplasme qui les étouffe et qui enserre également les filets du plexus lombaire sacré. Quelques noyaux secondaires sur la 12me vertèbre dorsale et sur plusieurs côtes.

Keim et Dartigues. — *Sarcomatose des fémurs. Fracture symétrique spontanée.* (Soc. anat. Par., janv. 1897, p. 66).

Cette observation a rapport à une femme de 76 ans, morte de généralisation sarcomateuse, après avoir d'abord présenté deux fractures symétriques spontanées des fémurs, à la même distance de l'articulation du genou. La sarcomatose fémorale avait été suivie de généralisation pulmonaire sans épanchement pleural.

Appareil de l'innervation

O. Lubarsch. — *Des altérations de la moelle chez les cancéreux.* (Semaine Méd., 20 mars 1897, p. 100).

Lubarsch a fait l'examen de la moelle de dix-neuf sujets morts de cancer de siège variable (estomac, intestins, pancréas, etc.). Dans dix cas il a trouvé des lésions médullaires, de nature dégénérative avec prolifération de la névroglie, disséminées sur toute la hauteur de la moelle ; elles étaient minimes chez les uns, plus étendues chez les autres, occupant les cordons postérieurs et les racines postérieures. Ces lésions étaient caractéristiques de la myélite et peuvent être provoquées, pour l'auteur : 1° Par les modifications sanguines observées dans le cancer ; 2° Par les troubles du chimisme stomacal chez les malades atteints de carcinome gastrique ; 3° Dans quelques cas par les substances toxiques, septiques, provenant de la destruction progressive du néoplasme ; 4° par les combinaisons de ces divers facteurs.

Baginsky. — *Sarcome de l'encéphale chez un enfant de 6 ans.* (Médecine mod., 9 mai 1897, p. 341).

L'enfant, qui fait le sujet de cette communication, était devenu somnolent après une rougeole, avait des vomissements fréquents et maigrissait. A son admission il accusait de violents maux de tête, le pouls était régulier, ralenti ; il était somnolent. Pas de paralysies,

pas de convulsions, ni de congestion des papilles; plus tard, l'enfant perdit connaissance, eut des vomissements incessants et mourut dans des convulsions. L'autopsie fit reconnaître une tumeur volumineuse (gliosarcome) de la moitié droite de l'encéphale, intéressant le corps strié et la couche optique, les ventricules latéraux et exerçant même une compression sur le corps strié du côté opposé. Il n'y avait aucun phénomène de paralysie.

Appareil des sens spéciaux

Cerny et Trunecek. — *Traitement du cancer cutané par l'arsenic.*

Les auteurs ont employé avec succès sur les cancers exulcérés, un mélange composé d'acide arsénieux (1 gr.) et d'eau distillée et d'alcool éthylique (àà 75 gr.).

Ce mélange est appliqué dans les cancers exulcérés ou superficiels de la façon suivante :

Le foyer néoplasique est d'abord soigneusement nettoyé et abstergé, sans craindre de faire sourdre un peu de sang à la surface de la tumeur. On agite alors la mixture arsénicale, et, à l'aide d'un pinceau, on en badigeonne toute la surface du cancer. On laisse évaporer à l'air libre ; puis on panse à plat ou même on laisse l'ulcère sans pansement.

Dès le lendemain, le néoplasme se recouvre d'une eschare produite par l'acide arsénieux. Chaque jour, un nouveau badigeonnage est pratiqué sur cette croûte qui, de jaunâtre qu'elle était au début, devient successivement brune, puis presque noire. En même temps, la croûte s'épaissit et commence à se détacher de la surface sous-jacente ; à un moment donné, on voit notamment ses bords se soulever ; le sillon ainsi formé s'accentue chaque jour et une sérosité blanchâtre suinte des bords de l'ulcère. Le traitement est régulièrement continué jusqu'à ce que l'eschare, devenue facilement mobilisable, ne tienne plus au tissu sous-jacent que par quelques petits faisceaux fibreux ; on sectionne ces filaments et on enlève la croûte.

L'eschare détachée, on badigeonne de nouveau avec la mixture arsénicale le fond de l'ulcère. Si le lendemain on ne voit apparaître qu'une croûte jaunâtre mince, facile à enlever, on peut être sûr qu'il ne reste plus de tissu cancéreux et que la plaie guérira toute seule. Mais, s'il se forme une croûte de couleur foncée, résistante, adhérente, il faut poursuivre le traitement jusqu'à la régresssion totale des derniers éléments cancéreux.

Au cours du traitement, plus l'eschare devient épaisse, plus le topique doit être énergique, c'est-à-dire plus il doit contenir d'arsenic. Au lieu de la solution à 1 pour 150 du début, on en emploiera une à 1 pour 100, ou même à 1 pour 80. Après la chute de l'eschare, l'ulcéra-

tion néoplasique se transforme en une plaie bourgeonnante, que l'on traite comme toute plaie ordinaire.

Hirschberg. — *Sur les gliomes et les pseudo-gliomes de la rétine.* (Médecine Mod., 12 juin 1897, 373).

Hirschberg rappelle que le gliome peut être confondu avec la choroïdite hémorragique, le décollement de la rétine, aussi a-t-on admis un groupe de pseudo-gliomes, ce qui est irrationnel. Le diagnostic exige qu'on prenne en considération tous les signes : l'aspect cuivré ou jaune verdâtre du fond de l'œil, l'absence de vaisseaux de nouvelle formation, l'absence de pigmentation, le développement de la maladie dans le jeune âge. Néanmoins les erreurs de diagnostic ne sont pas rares. On ne peut que rarement faire la ponction exploratrice, parce que celle-ci détruit parfois la pureté histologique de l'énucléation tardive. Aussi, même dans les cas douteux, il faut recommander l'énucléation précoce de l'œil qui peut sauver la vie. Ce pronostic est favorable dans les cas où l'aspect jaune subsiste depuis peu de temps et que la tumeur est limitée à la rétine. Sur 500 cas opérés, il y a eu 16 pour 100 de guérisons durables. Hirschberg a eu 19 guérisons définitives d'énucléation pratiquée pour des gliomes existant depuis peu et limités à la rétine.

Bégouin. — *Sarcome des fosses nasales avec volumineux ganglions rétro-pharyngiens.* (J. Méd. Bordeaux, 27 juin 1897, p. 237).

Homme âgé de soixante-douze ans. Depuis 8 mois, coryza, obstruction des fosses nasales, perte de l'odorat.

L'examen de la face ne décèle rien, soit du côté des narines, du nez, de l'orbite ou du sinus maxillaire. Le muscle sterno-mastoïdien droit est soulevé par une masse ganglionnaire volumineuse, dure et indolente, qui existe depuis un mois au dire du malade.

Le voile du palais est repoussé en bas et en avant par deux tumeurs grosses comme des petits œufs de poule, situées au-devant de la colonne vertébrale de chaque côté de la ligne médiane. Ces deux tumeurs, dures et indolentes au toucher, sont manifestement des ganglions rétro-pharyngiens.

Le doigt, recourbé en crochet et introduit dans la partie supérieure du pharynx, fait sentir au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales une tumeur aplatie, dure et cependant friable, dont on apprécie mal les limites.

Par la rhinoscopie antérieure, on aperçoit au fond des deux fosses nasales une tumeur rouge et saignant facilement par le contact.

Une parcelle en a été enlevée et examinée au microscope. C'est du sarcome très net, avec travées conjonctives nombreuses, sans mélange d'épithélioma.

Ce fait n'en est que plus intéressant, puisque les adénopathies sarcomateuses sont rares.

C. Fromaget. — *Tumeur maligne primitive de la glande lacrymale orbitaire.* (J. Méd. Bordeaux, 27 juin 1897, p. 317).

Homme de 56 ans, atteint depuis plus de 6 mois de névralgies orbitaires et d'exophtalmie progressive, avec kératite ulcéreuse. La paupière supérieure est légèrement tombante.

En recherchant la cause de l'exophtalmie et en enfonçant le doigt entre le rebord orbitaire et le globe, on sent une tumeur qui occupe la fossette lacrymale. Cette tumeur, dure, arrondie, lisse à la surface, s'enfonce dans l'orbite et on ne peut explorer que la partie antérieure. La tumeur semble faire corps avec le frontal et est absolument immobile. Aucune adhérence avec le globe ni avec la paupière supérieure. Gêne considérable des mouvements de l'œil. Celui-ci ne peut être porté ni en haut ni en dehors.

Extirpation facile de cette tumeur qui est globuleuse, sensiblement sphérique ; son diamètre est d'environ deux centimètres ; son poids égale 7 g. 50.

A la coupe, elle se montre entourée par une capsule fibreuse extrêmement mince. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé dont le point de départ résidait dans le revêtement des acini glandulaires.

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

E. Ceston et A. Pettit. — *Epithélioma et leukokératose bucco-linguale.* (Soc. anat. Par., avril 1897, 320).

Les auteurs ont pratiqué l'examen histologique de 12 cas de leucoplasies bucco-linguo-labiales plus ou moins dégénérées, et pouvant être réparties en trois groupes : Leucoplasies simples, leucoplasies suspectes, leucoplasies franchement dégénérées. Il ressort de cette étude que toutes les pièces examinées, se rapportant à des stades quelque peu avancés de la transformation leucoplasique, ont présenté des signes manifestes de la dégénérescence épithéliomateuse, et que par conséquent il paraît juste de considérer la leukokératose comme un stade évolutif ultime de la dégénérescence cancéreuse.

Kuttner. — *Sur les vaisseaux lymphatiques de la langue et sur la voie de propagation du cancer de la langue.* (Médecine mod., 22 mai 1897, p. 325.)

Kuttner a fait quelques recherches sur les vaisseaux lymphatiques de la langue qui sont encore insuffisamment connus. La langue est très riche

en vaisseaux lymphatiques, communiquant tous les uns avec les autres, de sorte qu'après une injection unilatérale, ils sont tous remplis en même temps. Les vaisseaux lymphatiques partent de la partie médiane de la langue pour s'étendre à chaque côté, en formant un réseau superficiel, ils se rendent sur les bords de la langue en dessous pour y former de nouveau un réseau Ces vaisseaux lymphatiques s'ouvrent dans les ganglions sous-maxillaires et les ganglions cervicaux profonds, en partie aussi dans les autres ganglions du cou placés juste au-dessus du sternum. De la base de la langue, les vaisseaux lymphatiques se rendent dans les ganglions placés au voisinage de la carotide; ils sont en connexion avec les ganglions sous-mentonniers. Cette disposition explique comment il n'est pas rare de voir les récidives du cancer de la langue s'étendre fort loin par en bas. Comme les principaux ganglions des vaisseaux lymphatiques de la langue sont les ganglions sous-maxillaires et les ganglions cervicaux profonds, il est nécessaire dans toute opération du cancer de la langue d'extirper les ganglions de chaque côté.

Krœnlein. — *Anatomie pathologique, clinique et traitement du cancer du pharynx.* (Médecine mod., 22 mai 1897, 324.)

En quinze ans, l'auteur a observé 61 cas de cancer du pharynx (56 hommes et 5 femmes) se subdivisant en 2 cancers naso-pharyngiens, 30 cancers oro-pharyngiens et 29 cancers laryngo-pharyngiens. Une seule méthode opératoire ne peut être appliquée pour ces différentes variétés de néoplasme ; le procédé doit varier suivant le siège et l'étendue du mal. Sur les 61 cas observés, 29 seulement ont pu être opérés ; 11 ont succombé à l'opération ; pour les 18 autres, il y a eu une survie qui, en moyenne, a atteint sept mois

2° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Barette. — *Quatre observations de gastro-jéjunostomie pour cancer de l'estomac.* (Journ. des praticiens, 24 avril 1897).

Dans le premier cas, chez une femme de près de 34 ans, le cancer occupait une grande partie des parois de l'estomac. L'opération a fait cesser les vomissements et les douleurs; la malade est morte de généralisation au bout de 68 jours.

La deuxième observation se rapporte à une femme de 41 ans, dont le néoplasme occupait la région pylorique : après l'intervention plus de vomissements, plus de douleurs. Survie de 2 ans. Morte de tuberculose.

Même localisation du cancer chez les deux autres malades, âgés l'un de 63 ans et l'autre de 46 ans. Le premier a succombé au bout de 6 jours de l'opération à la suite de complications respiratoires et la seconde était en bon état 10 mois après avoir été opérée.

G. Luys. — *Cancer du rectum. Propagation secondaire pleuro-pulmonaire. Fibrome utérin.* (Soc. anat. Par., février 1897, p. 142).

Femme de 56 ans, malade depuis 6 mois. Troubles intestinaux, amaigrissement. Dyspnée due à un épanchement pleural. Ponction d'un liquide hémorragique. On note les signes d'un cancer du rectum généralisé au poumon. A l'autopsie, on trouve un néoplasme rectal, en forme de rétrécissement annulaire, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, des noyaux cancéreux dans les deux poumons, et un énorme fibrome de l'utérus.

Quénu. — *Traitement du cancer du rectum. Technique opératoire.* (Soc. chir., Paris, 24 février 1897.)

L'auteur a appliqué le procédé suivant :

Deux incisions circonscrivent l'anus se rejoignant en arrière au delà du coccyx. La peau marginale est disséquée et l'on obture l'anus; les fils sont conservés, ils serviront plus tard de moyens de traction pour abaisser le rectum. On s'avance ainsi jusqu'au releveur de chaque côté en sectionnant la commissure antérieure du sphincter. La difficulté de ce temps siège dans le bulbe qui adhère toujours plus ou moins. Pour arriver ainsi sûrement sur le releveur, j'ai utilisé la saillie que forme le bord postérieur du muscle transverse superficiel du périnée. Plus loin, on a le transverse profond. On dénude au niveau du releveur de l'anus dont on suit le bord antérieur et l'on arrive alors sur la prostate avec facilité. Il suffit donc d'accrocher avec l'index le releveur de l'anus, de le couper aux ciseaux et de libérer ainsi le rectum. J'ai fait cette opération, non seulement sur le cadavre, mais aussi sur le vivant. Je déclare qu'elle est facile et permet d'attirer au dehors jusqu'à 12 centimètres de rectum sans que l'on soit obligé de faire la moindre résection osseuse, sans même d'hémorrhagie, car je compte pour rien le sang que donne l'hémorrhoïdale inférieure que l'on sectionne au début de l'opération dans le creux ischio-rectal et qu'il est facile de lier.

S'il existe des adhérences du rectum avec l'aponévrose prostato-péritonéale et avec la prostate, Quénu conseille la technique suivante qu'il a appliquée avec succès :

Je commence par cathétériser le canal urétral. Après avoir accompli tous les différents temps déjà décrits, j'ai donc sous les yeux la saillie de l'urèthre membraneux et derrière elle la prostate avec les plexus latéraux. Je fais dans la prostate un plan de section. Pour cela, je saisis la prostate entre le pouce et l'index, de façon à sentir le cathéter. On sait donc ainsi où est l'urèthre que l'on sent. On peut encore placer le bistouri parallèlement à l'urèthre membraneux et tailler dans le même sens le tissu prostatique. On abat ainsi une tranche de pros-

tate sans blesser l'urèthre et l'on continue l'opération, qui se termine par la création d'un anus sacré.

Cette technique n'est applicable, bien entendu, qu'à des cas où le cancer est peu élevé. S'il s'agit d'un cancer haut placé, il faut alors réséquer l'os, et la méthode sacrée, de Kraske, est ici la méthode de choix.

Quénu. — *Traitement du cancer du rectum.* (Soc. de chir. Paris, 16 juin 1897).

L'auteur résume ainsi sa communication :

a) Extirpation périnéale pour le cancer anal et bas placé.

b) Extirpation par voie périnéale avec dégagement prérectal pour le cancer ano-ampullaire.

c) Dans le cancer ampullaire, s'il est limité, faire le Kraske type; s'il est étendu, opérer par voie sacrée avec anus iliaque définitif et retournement du bout inférieur.

d) Si le cancer est généralisé au rectum, opérer par retournement.

e) Appliquer, à tous les cas, l'exploration par l'ouverture de la colostomie iliaque.

J'ai opéré ainsi neuf cas. J'ai eu sept guérisons opératoires et deux morts. Voici les détails : Deux cas de cancer très élevé, une guérison, une mort; quatre cas de cancer intra-péritonéal, trois guérisons, une mort; trois cas de cancer moyen, trois guérisons.

Mon premier cas de cancer recto-sigmoïde est mort. Il y avait extension du cancer au vagin. La récidive s'est faite dans le vagin.

Karl Funke. — *Traitement chirurgical du cancer du rectum* (Presse méd., n° 35, p. 195, 1897).

L'auteur mentionne 260 observations de cancer du rectum, dont 156 se rapportent à des malades qui ont subi l'intervention chirurgicale, faite par Gussenbauer.

Ces 156 cas peuvent se répartir de la manière suivante : 6 de ces opérés étaient atteints d'épithélioma, survenu sur de vieilles hémorrhoïdes : il y a eu 5 guérisons et une mort; 10 autres sujets avaient des cancers colloïdes : on a enregistré 7 guérisons et 3 morts; 36 malades présentaient des carcinomes annulaires haut placés : 21 guérisons et 15 morts; parmi ces 36 opérés, 7 offraient des lésions de l'S iliaque : ils ont tous succombé : enfin, 93 derniers malades étaient atteints d'adéno-carcinome : 79 guérisons et 14 morts.

En ce qui concerne les indications opératoires, l'auteur estime que l'existence d'un retentissement ganglionnaire et d'adhérences avec les organes voisins, ne doit pas arrêter le chirurgien; à son avis, les deux seules contre-indications vraiment sérieuses sont : la présence de métastases viscérales et le mauvais état général du malade qu'on se propose d'opérer.

Gussenbauer pratique toujours l'extirpation totale du rectum, ce qui lui permet d'enlever en même temps les ganglions et les voies lymphatiques intéressées ; une seule fois, il a eu l'occasion de se borner à la simple excision du néoplasme : il s'agissait d'un cancer annulaire haut placé, et sans adénopathie concomitante. Le plus ordinairement, il a recours à l'incision verticale postérieure, avec résection du coccyx ; mais, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un néoplasme élevé, il n'hésite pas à pratiquer la résection temporaire du sacrum.

La mortalité de cette statistique est de 24 0/0, et, en terminant, Funke affirme que, chez 7 opérés, la guérison s'est maintenue sans la moindre récidive pendant un laps de temps qui a varié entre trois et huit ans.

G. Palleroni. — *Un cas d'extirpation du cœcum pour cancer : guérison.* (Gaz. degli Osp. e delle Clin. Milano, 1897).

Femme de 46 ans, atteinte depuis 9 mois d'une tumeur de la région cœcale, accompagnée de douleurs et de constipation. Cette tumeur est dure, bosselée, de la grosseur d'un gros cédrat et sans limites définies. Laparotomie latérale : on reconnaît que la masse très volumineuse appartient surtout à la paroi postérieure du cœcum.

Trois points de suture provisoire sont placés sur l'incision péritonéale, et l'on procède par voie extra-péritonéale dans la fosse iliaque, au détachement de la tumeur, qui adhère à la gaîne des vaisseaux iliaques, dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Le néoplasme est libéré de ses attaches avec ces vaisseaux, ainsi qu'avec l'uretère et le ligament large, auxquels elle adhérait, puis, le péritoine étant rouvert, son isolement est complété. On procède ensuite de cette façon à son ablation.

On applique, à cet effet, une pince longue, à mors revêtus d'un tube de gomme, sur l'iléum, à trois centimètres environ de son insertion dans le cœcum, et un lien élastique sur le côlon ascendant, à six centimètres à peu près au-delà du néoplasme ; et, après l'avoir isolé du mésocôlon, on réussit, à l'aide des ciseaux, à en extirper complètement, en même temps que le péritoine déjà décollé sur le parcours où il adhérait, la masse néoplasique, ainsi que le cœcum. Dans l'intention de réunir l'extrémité de l'iléum avec l'extrémité du côlon ascendant, l'opérateur procède au rapetissement de la lumière de ce dernier, et, coupant l'intestin grêle en bec de flûte, il rend les deux extrémités proportionnées, et les réunit par la suture Lembert en soie et catgut à points alternés.

La toilette péritonéale achevée, on tamponne la vaste brèche dépourvue de péritoine, avec de la gaze au sulfophénate de zinc, en la refoulant jusque sous la ligne de suture intestinale, et réunit la plaie abdominale, à l'aide d'une suture à anse, en laissant sortir de l'angle inférieur l'extrémité du tampon.

Suites excellentes. Guérison en 22 jours. Le microscope démontre qu'il s'agissait d'un carcinome.

3° Annexes de l'appareil de la digestion

L. Monnier. — *Sarcome rétro-péritonéal inopérable du mésocôlon simulant une tumeur du foie.* (Soc. anat., Paris, janv. 1897, 38).

Enfant de 4 ans 1/2 atteinte d'une tuméfaction de la région hépatique paraissant constituée par le foie hypertrophié. Une ponction exploratrice ne donne que du sang. Cachexie rapide. Mort. A l'autopsie, on trouve, au-dessous du foie, une énorme tumeur sous-péritonéale, siégeant dans le méso-côlon ascendant et une grande partie du méso-côlon transverse, adhérente au tiers supérieur du rein droit et à la capsule surrénale, et en connexion avec la veine cave qu'elle comprime. A l'examen histologique, sarcome.

G. Millian. — *Adénome du foie. Carcinome de la parotide. Epithélioma du poumon.* (Soc. anat. Par., mars 1897, 256.)

Homme de 73 ans, opéré, il y a trois ans, d'une tumeur de la parotide.

Récidive un an après; actuellement état cachectique. Mort. A l'autopsie et au microscope on constate l'existence d'une tumeur cancéreuse de la parotide, d'un adénome du foie avec cirrhose pigmentaire et lithiase biliaire et d'un épithélioma du poumon.

Ullmann. — *Ablation de cancer de la vésicule biliaire.* (Médecine mod., 3 avril 1897, 214).

Le sujet de cette observation était une femme atteinte de cancer de la vésicule biliaire, avec infiltration cancéreuse du foie. L'auteur a enlevé avec le thermo-cautère la vésicule remplie de calculs et une portion carcinomateuse du foie. La plaie a été faite en dehors du péritoine ; le foie a été fixé à la paroi abdominale.

Blanc et Leroy. — *Cancer primitif de la vésicule biliaire, avec propagation au foie et suppuration.* (Soc. anat. Par. Janv. 1897, p. 69).

Homme de 56 ans, dyspeptique depuis trois ans, et atteint depuis quelques mois d'une tuméfaction de la région hépatique. Douleurs, fièvre, amaigrissement. La tumeur occupe tout l'hypochondre droit : elle est régulière, mate, fluctuante dans son tiers inférieur.

Laparotomie : un peu d'ascite ; pendant les manœuvres sous-hépatiques apparaît un flot de pus à la partie inférieure et le foyer ouvert laisse une cavité limitée par des parois dures et irrégulières.

Un autre petit abcès profond est ponctionné. Streptocoques et colibacilles dans le pus. Mort le surlendemain. A l'autopsie on trouve une grosse masse formée par la vésicule biliaire en partie cancéreuse et contenant deux ou trois gros calculs, par des noyaux épiploïques dégénérés et des noyaux coliques et hépatiques ramollis et creusés de cavités puriformes.

Routier, Ricard, etc. — *Traitement chirurgical du cancer du foie.* (Soc. chir. Par., janvier 1897).

Comme difficulté de diagnostic des cancers du foie, dont Segond a cité un exemple *(Voir Rev. des Mal. Cancér., T. II, page 106)*, Routier cite le fait suivant : Il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte d'une tumeur douloureuse du foie. La fluctuation ayant été un jour perçue, une ponction donna issue à 120 grammes de pus. Drainage du trajet avec un gros drain : sortie de débris ressemblant à des hydatides. Quelques jours plus tard, la fièvre étant apparue, on pratique une laparotomie et l'on évacue une poche remplie de détritus molasses. Mort ; à l'autopsie on trouve un épithélioma du foie.

Quénu a observé une malade âgée présentant une tumeur de l'hypochondre droit, volumineuse, fluctuante et douloureuse. La fièvre était intense. L'abdomen ouvert, la tumeur fut ponctionnée, il en sortit un liquide analogue à du pus et des matières formées par des cellules cancéreuses types.

Ricard insiste sur les hémorragies dangereuses que l'opération des tumeurs malignes du foie provoquent parfois. Il cite le fait d'une jeune femme chez laquelle une tumeur avait paru présenter les symptômes des kystes hydatiques. Une ponction ayant été faite sans résultat, la laparotomie a montré qu'il s'agissait d'une tumeur probablement sarcomateuse, l'autopsie n'ayant pas été faite. Il rappelle que dans ce cas une ponction exploratrice fut suivie d'une hémorragie qui ne put être arrêtée que difficilement par le fer rouge.

Tuffier estime que la palpation du pédicule du foie peut être utile pour le diagnostic des tumeurs malignes en ce sens qu'il peut faire reconnaître l'existence de ganglions dégénérés. C'est ce qu'il a pu constater chez une malade atteinte de tumeur douteuse. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un cancer massif.

Michaux ne peut accorder autant de valeur à l'existence de ganglions tuméfiés. Dans un cas où le foie, très volumineux, ayant les apparences d'un kyste hydatique, fut mis à découvert, nulle trace de tumeur n'existait ; il s'agissait d'une cirrhose et cependant il existait au niveau du bord supérieur du pancréas trois ou quatre ganglions durs paraissant comprimer le cholédoque. Ces ganglions furent respectés, l'abdomen fut refermé et une amélioration survint.

Chez une autre malade, jeune femme de 24 ans, qu'on pensait atteinte de kyste hydatique, on a trouvé à la face inférieure du foie

deux ou trois noyaux blanchâtres analogues à des ganglions tuméfiés. Cependant, depuis 4 ans la malade est dans un état satisfaisant, ce qui ne peut guère faire penser à l'existence d'un cancer. En ce qui concerne les opérations chez les malades porteurs de cancer du foie, Michaux estime qu'elles sont ordinairement périlleuses et ne sont souvent d'aucun bénéfice pour les malades.

Ricard, à propos des hémorragies déterminées par les ponctions, communique un cas de Terrier qui, chez un malade présentant une tumeur bosselée du foie, fit une ponction avec un trocart moyen. Il ne sortit que quelques gouttes de sang et, le trocart enlevé, une petite hémorragie artérielle se produisait et était arrêtée par compression. Mort le lendemain, et à l'autopsie on a trouvé un épanchement de sang intra-péritonéal.

Broca a vu, chez un homme de 57 ans, une tumeur hépatique qui paraissait un kyste. Une ponction fut faite et suivie de mort par hémorragie, malgré l'emploi d'une petite aiguille de l'appareil Potain. Aux ponctions on doit préférer la laparotomie exploratrice.

J. Cousin. — *Cancer primitif du foie en masse.* (Loire Méd., 15 juin 1897, p. 151).

Homme de 75 ans, ictérique depuis un mois. Volume considérable du foie, dont le bord inférieur et la face inférieure sont durs, lisses et réguliers. Douleur à la pression dans les régions du foie, de l'estomac et de l'ombilic. Pas de troubles digestifs. Dans la suite œdème des membres inférieurs, douleurs abdominales vives, dyspnée. Mort. Autopsie: Estomac et pancréas sains. Les lésions intéressent le foie. Il pèse 2 kilog. 650 grammes; surface extérieure lisse; pas de bosselures; forme bien conservée.

A la face inférieure, à l'union du lobe gauche et du lobe droit, on trouve une surface amincie sub-fluctuante. A la coupe, on tombe sur une masse gris-jaunâtre, molle. Sur des coupes multiples, on a des points plus durs, d'autres très ramollis et ayant la consistance d'une masse cérébrale en voie de ramollissement; cette masse centrale occupe tout le lobe droit, les 2/3 du lobe gauche; son volume dépasse celui d'une tête de nouveau-né. Les bords de la néoplasie sont franchement délimités et sont enfermés dans une coque de parenchyme hépatique rappelant de tout point le cancer en amande de Gilbert. Cette coque varie d'épaisseur suivant les points où on la considère; de trois à quatre centimètres d'épaisseur sur la face antéro-supérieure, elle atteint un centimètre à peine sur la face inférieure. Au niveau de la queue du lobe gauche, on a trois travers de doigt de parenchyme hépatique, coloré fortement en jaune par la bile. Dans les autres points, le tissu du foie crie à la coupe. Pas de noyaux disséminés dans la substance hépatique formant coque.

Appareil de la circulation

E. Weil. — *Cancer de la langue avec noyau cardiaque secondaire.* (Soc. anat. Par. 1897, 495).

Sur un sujet mort de cachexie cancéreuse à la suite d'un cancer primitif de la langue, l'auteur a trouvé un noyau de même nature sur la face antérieure du cœur, à la base du ventricule droit. La tumeur s'infiltrait dans le myocarde.

Cette localisation secondaire sur le ventricule droit est la plus fréquente ; elle a été signalée par tous les auteurs et en particulier par Laisney dans sa thèse inaugurale *(Rev. des Mal. Canc. T. Ier, 1895, p. 72).*

Troisier. — *Cancer du canal thoracique consécutif à un cancer de l'estomac.* (Médec. mod., 3 mars 1897, p. 143).

Troisier présente des pièces provenant d'un malade mort de cancer de l'estomac. La citerne de Pecquet et le canal thoracique sont volumineux, blanchâtres et sont remplis de matière cancéreuse; on dirait des pièces injectées au suif. C'est le troisième cas qu'observe l'auteur. Les ganglions prélombaires sont également très volumineux et envahis par la matière cancéreuse.

Berger. — *Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux.* (Soc. chir. Par., 7 juillet 1897).

Homme, grand chasseur, atteint d'une tumeur du cou développée au niveau d'un point où la crosse de son fusil venait sans cesse appuyer. On reconnut, au niveau de la région sous-hyoïdienne, une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde et, près d'elle, sous le sterno-mastoïdien, une autre grosse comme une noix. La mobilité, sous la peau, la lenteur du développement firent opiner pour de la tuberculose. L'ablation de la tumeur formée de ganglions, a montré qu'il s'agissait de mélanose. Au microscope : sarcome globo-cellulaire mélanique.

L'auteur insiste sur la rareté des sarcomes mélaniques primitifs des ganglions, dont Ebermann, Dietrich et Boulay n'ont pu, dans plusieurs travaux, relever que quelques exemples.

Il insiste encore sur l'absence de récidive chez son malade, depuis quinze mois.

Sur 16 opérés d'Ebermann, il y a eu 3 survies. La statistique de Boulay porte sur 195 cas, dont 152 opérés ; 115 ont été suivis : 72 sont morts, 24 ont survécu avec récidives, 19 ont été considérés comme guéris. Sur ces 19, 4 ou 5 étaient opérés depuis plus d'un

an, 1 depuis plusieurs années, 11 ou 12 depuis moins de un mois.

La récidive dans la mélanose, si elle doit se faire, est en général précoce. Sur 32 cas, écrit Boulay, 19 ont récidivé dans l'année, 25 en moins de six mois, et 3 en moins de quatorze mois. On voit donc que la récidive semble avoir tendance à se faire tôt. Enfin, s'il y a récidive, l'opération a une action favorable sur la durée du mal, dont elle ralentit la marche. La survie générale est de trois ans et demi pour les cas opérés, de un an et demi pour les cas non opérés, qui ont donc une marche plus rapide. L'opération, du reste, est capable de guérir radicalement et de laisser une survie très longue.

Appareil de la respiration

G. Célos et S. Lustgarten. — *Cancer du larynx.* (Soc. anat. Par., mai 1897, 411).

A l'autopsie d'un homme de 64 ans, dont la voix s'était enrouée depuis 6 ans, et qui depuis quelques mois avait des accès de suffocation, on a trouvé un épithélioma intra-laryngé formant une tumeur volumineuse, qui obstruait presque complètement le canal, à aucune époque il n'y avait eu de douleurs. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Ch. Lévi. — *Tumeurs sarcomateuses de la trachée et de l'amygdale.* (Soc. anat. Paris, avril 1897, 360).

Femme de 38 ans, opérée, il y a 2 ans, d'une petite tumeur à la région cervicale et présentant depuis 9 mois des accidents d'oppression et de suffocation. Mort pendant l'un de ces accès. A l'autopsie on a découvert une tumeur sarcomateuse de la partie inférieure de la trachée ; elle s'était développée dans la couche profonde de la muqueuse et avait amené la mort mécaniquement par asphyxie. L'amygdale gauche avait subi la même dégénérescence.

Graf. — *Sur la guérison permanente après l'extirpation du larynx dans le cancer.* (Médecine mod., 19 mai 1897, p. 318.)

De 1886 à 1896, Bergmann a fait 48 fois l'opération pour des tumeurs malignes, 20 fois l'extirpation totale, 19 fois unilatérale, 9 fois sur de petites étendues. Dans 47 cas, il s'agissait de carcinome, 1 fois d'un enchondrome malin. Le diagnostic exact fut toujours porté à l'aide du microscope. 48 cas comprenaient 42 hommes et 6 femmes; l'âge des patients variait de 31 à 72 ans. Comme opération préliminaire on a fait la trachéotomie et on a toujours appliqué la canule-tampon de Hahn. On commence par faire une fente sur le larynx pour pouvoir connaître le

siège et l'étendue de la tumeur. Il s'est trouvé que chez 12 malades, le pharynx et l'œsophage étaient en même temps atteints, ce qui avait causé des fistules et exigeait des opérations consécutives. Pour assurer la fermeture du champ opératoire en haut du côté du pharynx et en bas vers la trachée, on a suturé en haut la muqueuse du pharynx, l'épiglotte a été renversé en arrière, la trachée a été ensuite suturée à l'angle de la plaie, de manière à pouvoir opérer en fin de compte dans un tube fermé en haut et en bas. Dans les extirpations partielles, l'occlusion a été obtenue par un tampon solide. Le larynx artificiel après l'extirpation totale n'a été employée que dans des cas rares où la parole à voix basse ne suffisait pas. Les résultats opératoires sont devenus biens meilleurs depuis 1891, époque à laquelle la méthode décrite a été rigoureusement appliquée, de sorte qu'on doit établir deux groupes. Sur 11 extirpations totales faites jusqu'en 1891, il y a eu 5 morts = 45.5 pour 100. Après 1891, il n'y a eu que 1 mort sur 9 = 11 pour 100. Pour les extirpations partielles, la mortalité est également moindre depuis 1891. On a noté quelques cas de guérison remontant à plusieurs années.

P. Ardouin. — *Sarcome secondaire du poumon.* (Soc. anat. Par., janv. 1897, 56).

Enfant de 10 ans présentant un ostéo-sarcome de l'épaule, pour lequel on fait une désarticulation interscapulo-thoracique. Quatre mois après l'intervention, récidive locale opérée et généralisation pulmonaire rapidement suivie de mort. A l'autopsie on constate que le poumon droit est transformé en une masse sarcomateuse ramollie. Deux noyaux indurés dans le poumon gauche. Pas d'épanchement pleural. Pas d'envahissement ganglionnaire.

Ce fait déjà résumé, en ce qui concerne la désarticulation, dans cette Revue *(Voir 2e année, 1er fasc., page 26)*, est un nouvel exemple de la généralisation à marche ordinairement plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte.

Zakief. — *4 cas de néoplasmes des poumons.* (Médecine mod., 21 avril 1897, 253).

1° — Homme de 52 ans, sans aucun antécédent pathologique héréditaire, ni personnel, malade depuis 6 mois. Actuellement on constate un état cachectique prononcé avec œdème de la moitié droite de la face, développement excessif de la circulation collatérale de la partie correspondante du thorax et de l'épaule du même côté. Matité complète du poumon droit s'étendant en avant assez loin. Murmure vésiculaire exagéré, mais sans râle, respiration bronchique Urines légèrement albumineuses. Adénopathies axillaires et inguinales peu marquées. Douleurs constantes sous la clavicule droite et dans le bras corres-

pondant. Dyspnée peu prononcée en dehors des mouvements. Toux faible. Expectoration rappelant celle des tuberculeux avancés et contenant beaucoup de fibres élastiques et de globules de pus. Pas de fièvre. Mort un mois après l'entrée à l'hôpital.

L'autopsie démontra que le lobe supérieur et la moitié du lobe moyen étaient envahis par un néoplasme (la rate et les reins n'étaient pas altérés). L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un épithéliome.

2° — Homme de 63 ans, présentant des symptômes de néoplasme pulmonaire sans confirmation nécropsique.

3° — Homme de 46 ans, malade depuis 2 ans, entré à l'hôpital dans un état d'amaigrissement extrême. A l'examen du thorax on trouvait des signes physiques qui pouvaient faire penser à la tuberculose pulmonaire. Cependant l'expectoration n'en offrait aucun caractère et ne contenait ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch. Elle était de couleur rouge brique, inodore, purulente, très abondante. C'était parfois une véritable vomique. La ponction exploratrice a donné des résultats négatifs. Pas de fièvre. Le diagnostic hésitait entre un abcès et un néoplasme.

A l'autopsie on trouva du côté du malade une pleurésie hémorragique peu abondante et un néoplasme du poumon avec quelques métastases rénales. L'examen histologique de la tumeur démontra qu'elle contenait des cellules analogues aux cellules lymphoïdes et des fibres connectives.

4° — Chez le quatrième malade amené dans un état comateux et mort deux jours après, tous les symptômes faisaient penser à une hémorragie cérébrale ; l'auscultation et la percussion du thorax étaient impossibles à cause du stertor.

A l'autopsie on trouva une tumeur ferme au niveau de la substance blanche du lobe frontal gauche et une tumeur analogue du lobe supérieur du poumon gauche. La tumeur était un épithéliome.

Appareil de la sécrétion urinaire

Buard. — *Cancer du rein.* (J. Méd. Bordeaux, 18 juillet 1897, p. 364).

Cette observation concerne un homme de 55 ans, atteint d'une tumeur rénale qui avait déterminé un affaiblissement progressif. Mort subite ; à l'autopsie, cancer du rein, dont l'évolution s'est faite sans hématurie, sans troubles appréciables de la miction, ce qui était probablement dû à l'oblitération très précoce de l'uretère.

E. Charon. — *Sarcome du rein chez un enfant de 19 mois. Néphrectomie suivie de mort.* (Ann. Soc. belge chir., 15 avril 1897, p. 43).

Tumeur datant de 6 mois et occupant l'hypocondre et le flanc gauches. Laparotomie médiane ; ablation laborieuse à cause de ses adhérences au péritoine pariétal. Mort dans la nuit. La tumeur, pesant 875 grammes, était un sarcome ; l'uretère était obstrué par une embolie sarcomateuse. Dans cette observation, il faut noter l'âge peu avancé du sujet, l'absence d'hématurie et le bord tranchant que présentait inférieurement le néoplasme.

Brindeau et Georghin. — *Sur un cas d'hydramnios dû à un sarcome du rein du fœtus.* (Médecine Mod., 1897).

Primipare de 33 ans n'ayant aucun antécédent pathologique. Etant enceinte de 5 mois environ elle voit rapidement son ventre augmenter de volume Bientôt surviennent des accidents de compression. L'utérus est considérablement distendu, la dyspnée est intense et le pouls fréquent. La quantité de liquide augmentant toujours et l'état général devenant grave, on se décide à ponctionner les membranes. La femme accouche quelque temps après d'un enfant venant de mourir, pesant 1,100 grammes. La quantité de liquide amniotique était de 7 litres, le placenta pèse 650 grammes. A l'autopsie du fœtus on trouve une tumeur du rein gauche qui est grosse comme une orange. L'examen microscopique montre que la tumeur est un sarcome.

Poncet. — *Laparotomie transpéritonéale pour cancer du rein.* (Médecine mod., 26 mai 1897, p. 334).

Femme de 47 ans, portant une tumeur de l'hypochondre droit, paraissant se continuer avec le foie. La percussion de l'abdomen n'était pas sonore en avant d'elle ; les doigts ne sentaient aucun sillon, la séparant du rebord hépatique. On la déplaçait facilement, elle était mobile par de grandes respirations. Rien dans les urines. On crut avoir affaire à une tumeur du foie, d'autant plus qu'on ne trouvait rien dans la région rénale.

Une incision sur la partie la plus saillante de la tuméfaction produite par la tumeur, un peu en dehors du grand droit, montra qu'il s'agissait d'un cancer de la moitié inférieure du rein. Néphrectomie. Poncet insiste sur les avantages que l'on trouve à préférer, pour l'ablation de ces tumeurs rénales, la voie abdominale antérieure à la voie lombaire. Autour du pédicule, il fixa le péritoine, formant ainsi une cavité en dehors de la grande cavité péritonéale, ainsi protégée contre une infection possible. Drainage à la Mickulicz.

Cette néphrectomie transpéritonéale, transformée en opération extra-péritonéale, est surtout indiquée dans les cas de rein infecté (tuberculose, calculs), où l'on craint de crever la poche d'un abcès.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de la femme

Fraikin. — *Epithélioma primitif du vagin.* (J. Méd. Bordeaux, 16 mai 1897, p. 241).

Malade âgée de trente-huit ans, jouissant d'un assez bon état général. Symptômes fonctionnels peu accusés. Depuis plus d'un an, la malade était constipée et avait de la leucorrhée. Il y a un mois et demi, elle commença à perdre par le vagin des glaires sanguinolentes, sans odeur. Elle accusait un peu de pollakiurie et une légère diminution des forces. Presque pas de douleurs. Au toucher vaginal, on sentait sur la paroi postérieure du vagin, entre la vulve et l'insertion utérine, une tumeur surélevée, formée par des champignons en chou-fleur, saignant au moindre contact, séparée du col utérin qui était normal par une bande de muqueuse saine, large d'un centimètre.

Cette tumeur, du diamètre approximatif d'une pièce de cinq francs, était mobile sur la cloison recto-vaginale et peu douloureuse. Un examen attentif n'a pas décelé d'envahissement ganglionnaire.

L'extirpation a été faite par le vagin. La tumeur a été enlevée largement en empiétant sur les parties saines ; suture de la plaie par dix points de catgut. La réunion s'est faite rapidement..

L'examen histologique a démontré que la tumeur était un épithélioma type.

Pilliet et Souligoux. — *Sarcome à myéloplaxes de l'ovaire.* (Soc. anat. Par., avril 1897, 341).

L'intérêt de cette observation recueillie sur une jeune femme atteinte d'un sarcome adhérent de l'ovaire, qu'on avait en vain tenté d'extirper, réside dans l'examen histologique de cette tumeur. Cet examen a montré qu'il s'agissait d'un néoplasme présentant les caractères généraux des sarcomes à myéloplaxes, qu'il est rare de rencontrer dans les viscères.

Klotz. — *Résultats du traitement palliatif du cancer du col de l'utérus.* (Semaine gynécol., 25 mai 1897, p. 167).

De tous les traitements palliatifs dirigés contre les hémorragies et les écoulements sanieux, l'auteur donne la préférence au fer rouge. Mais après une vigoureuse cautérisation il avait vu dans quelques cas le cul-de-sac se fermer complètement. Au-dessus le néoplasme continuait à proliférer et les sécrétions s'accumulant provoquaient des coliques utérines, et de vives douleurs qui n'existaient pas aupara-

vant; aujourd'hui, il a renoncé à ces cautérisations simples du col au fer rouge.

Il détruit le cancer aussi complètement que possible en plusieurs séances de cautérisation d'un quart d'heure de durée chacune.

Dans la première séance, le fond et la cavité de l'utérus seuls sont énergiquement cautérisés avec le long couteau du thermocautère. Dix jours après, l'utérus et la paroi cervicale sont soumis à une nouvelle cautérisation; dans une troisième, quatrième et cinquième séances, le col et le cul-de-sac vaginal sont de nouveau cautérisés. Deux mois après ce traitement on trouve une cavité recouverte de bourgeons granuleux, mais après quatre mois la cicatrisation est complète.

Au-dessus du cul-de-sac vaginal lisse, rétréci, où on ne retrouve qu'avec peine l'ancien orifice de l'utérus, on ne rencontre que le fond de la matrice sous forme d'une petite tuméfaction.

Sur 25 cas inopérables que Klotz a eu à traiter il n'a expliqué que 6 fois cette thérapeutique, mais dans tous les 6 il a obtenu une cicatrisation complète. C'est le principal avantage du traitement, car les malades se trouvaient bien, n'avaient plus d'hémorragies, ni d'écoulement.

Les malades opérées avaient de 39 à 54 ans. Elles n'ont pas présenté encore de récidive, 2 depuis 4 ans, les autres depuis 3, 2, 1 an, six mois qu'elles sont opérées.

Comme cette méthode n'a jamais causé d'accidents, et que des cas absolument désespérés au moment de l'opération sont restés 4 ans sans récidive, Klotz croit devoir préférer la cautérisation profonde à toute autre thérapeutique palliative, mais la réserve pour les cas de cancers limités au col.

Kratzenstein. — *Résultats définitifs de l'ovariotomie dans le traitement des tumeurs malignes. (Zeitsch. fur Geburtsh.,* Semaine gynéc., 22 juin 1897, p. 199).

Les conclusions exposées dans ce mémoire reposent sur environ 100 cas d'ovariotomie. Au point de vue des suites, les malades peuvent être réparties en plusieurs catégories :

1° 28 femmes ont succombé peu de temps après l'intervention, soit des suites opératoires, soit par péritonite, soit enfin par généralisation rapide du néoplasme ;

2° 34 malades ont eu des récidives ;

3° 2 cas sont demeurés incertains ;

4° Chez 36, 31 sont encore en vie, et la tumeur ne s'est pas reproduite. Dans certains de ces cas, il s'agit de guérison datant de 6-14 ans.

L'espèce du néoplasme a une haute importance pour le pronostic ; le fibro-sarcome a une grande bénignité ; en effet, en aucun cas, l'auteur n'a constaté de récidive ; en revanche les cancers solides sont redou-

tables (9 récidives sur 10 cas) ; les kystes glandulaires cancéreux fournissent au point de vue des récidives un pourcentage élevé (66 °/₀).

Quant aux sarcomes, il est curieux de constater qu'à l'inverse de ce qu'on observe dans les autres organes, ces tumeurs ne récidivent que rarement dans l'ovaire après ablation.

En se basant sur cette importante série de cas, Kratzenstein conclut que les tentatives opératoires s'imposent dans le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire toutes les fois que la multiplicité des adhérences n'empêche pas une intervention efficace.

Eckardt. — *Cancer primitif de la trompe de Fallope.* (Semaine Méd., 20 mars 1897, 99).

Femme âgée de quarante-cinq ans, éprouvant, depuis un mois, dans le dos et l'abdomen, des douleurs s'irradiant dans la jambe gauche ; la miction et la défécation étaient également douloureuses. En même temps elle maigrissait, tandis que son ventre grossissait. L'examen de la malade révéla, outre un état cachectique très prononcé, la présence d'une tumeur de consistance élastique, à surface légèrement mamelonnée, présentant le volume d'une tête de nouveau-né et siégeant à gauche et en arrière de la matrice, vraisemblablement dans les annexes du côté gauche. On pratiqua la laparotomie, et on extirpa le néoplasme qui avait effectivement la trompe gauche comme point de départ. Les suites opératoires furent normales, sauf une légère phlébite de la jambe gauche, et la malade put quitter le service vingt-trois jours après l'opération.

En incisant la trompe, l'examen macroscopique permit de se rendre compte que sa surface interne était tapissée d'excroissances papillomateuses atteignant jusqu'à 3 centimètres de longueur. Entre ces proliférations se voyait un tissu grisâtre, d'aspect nécrotique. La paroi tubaire était le siège, soit d'une infiltration néoplasique diffuse, soit de noyaux circonscrits parfois gros comme une noix.

L'examen microscopique montra des lésions très différentes, variant entre le type de l'adénome et celui du carcinome. Dans les parties adénomateuses, le stratum épithélial ne se composait que d'une seule couche de cellules, tandis qu'en d'autres points du néoplasme, les papilles étaient recouvertes d'une couche épithéliale multiple ; dans d'autres parties enfin, il ne s'agissait plus d'une tumeur à caractère papillaire, mais on se trouvait, au contraire, en présence d'un néoplasme purement alvéolaire, renfermant des amas cellulaires compacts, séparés de fines travées de tissu conjonctif.

Von Kahlden. — *Le sarcome primitif des trompes.* (Semaine gynécol., 29 juin 1897, p. 204.)

Après avoir rappelé les cas de sarcome primitif des trompes déjà publiés par Sœnger, Gottschalk et Janvrin, l'auteur cite l'observation

d'une femme de 51 ans, chez laquelle l'autopsie a révélé l'existence d'une double tumeur occupant les deux trompes et propagée aux ovaires; en outre, le péritoine présentait de nombreux noyaux néoplasiques. Le plexus génital était thrombosé en de nombreux points et il existait de l'embolie dans les deux artères pulmonaires.

La trompe droite était transformée en une poche mesurant 16 centimètres de haut sur 19 centimètres de large; elle était complètement remplie par une masse mamelonnée intimement unie à la muqueuse. L'ovaire était situé sous la trompe, mais n'était pas soudé à celle-ci; il affectait l'apparence d'un corps arrondi, du volume d'une noix. Le volume de la trompe gauche est encore beaucoup plus augmenté, mais les lésions sont à peu près les mêmes qu'à droite. Quant à l'ovaire gauche, il était plus petit que l'organe correspondant de droite et il était enveloppé dans une masse noirâtre.

L'utérus était un peu accru de volume et sa paroi antérieure renfermait un petit fibromyome.

L'examen histologique fut pratiqué et montra qu'il s'agissait d'un sarcome dont les points de départ sont représentés par les trompes et qui s'est ultérieurement compliqué d'altération des vaisseaux lymphatiques, des ligaments larges et des ovaires. La constitution de la paroi tubaire montre que le néoplasme s'est développé entre l'épithélium et la musculaire de la trompe.

La présence de cellules géantes dans le sarcome de la trompe mérite de retenir l'attention, car celles-ci n'avaient pas encore été signalées.

J. **Bœcker.** — *Etiologie et traitement du cancer de l'utérus.* (Arch. f. Gyn. et Bulletin méd., 1897, p. 508).

L'auteur a noté 705 cancers de l'utérus sur 11,095 malades de la clinique gynécologique de Budapest. De cette statistique il résulte que le cancer utérin se montre le plus souvent (40 0/0) au voisinage de l'âge de la ménopause, c'est-à-dire entre 41 et 50 ans. Une autre division indique les proportions suivantes : 62 0/0 à l'âge d'activité sexuelle, c'est-à-dire de 21 à 45 ans, 28 0/0 au moment de la ménopause et seulement 9 0/0 après cette époque.

Les accouchements nombreux semblent prédisposer au cancer. Ainsi les femmes non atteintes de cancer comptaient une moyenne de 3.05 accouchements et les cancéreuses une moyenne de 4.71. L'accouchement par lui-même n'est pas cause de cancer; s'il a une influence, ce n'est pas à titre de traumatisme, mais parce qu'il est parfois l'origine d'une endométrite qui est le point de départ du cancer. L'endométrite est la chose primitive.

La syphilis, la tuberculose, certaines races, les abus sexuels ne sont pas des causes prédisposant au cancer. En somme, la prophylaxie du cancer doit chercher à combattre l'endométrite.

Un signe utile au diagnostic sur lequel on n'a pas suffisamment attiré

l'attention est la mollesse des tissus cancéreux dans lesquels les curettes et les pinces pénètrent profondément. Les œufs de Naboth ne signifient rien.

Quand le diagnostic est suffisamment précoce, on doit faire l'ablation totale de l'utérus.

Sur les 705 cas observés on a fait l'extirpation totale 70 fois.

La plus jeune malade était une multipare de 21 ans et la plus âgée une secondipare de 58 ans. La mortalité totale est de 11.6 0/0, mais depuis 1888 elle s'est abaissée à 4.7 0/0. On a vu 27 0/0 des opérées demeurer trois ans et plus sans récidive. L'extirpation totale peut être faite aussi à titre de traitement palliatif, mais alors il faut enlever tout l'utérus et s'abstenir d'une simple amputation même à siège élevé.

2° Annexes de l'appareil de la génération

N. Jacobson. — *Tumeurs du sein chez l'homme.* (Gaz. Méd. Par., 3 juillet 1897).

L'auteur cite trois cas d'opérations pour des tumeurs du sein chez l'homme. L'extraction fut toujours faite avec une grande quantité d'aponévroses et de tissus musculaires adhérents, ainsi que les glandes axillaires engorgées. Pour le premier cas, un épithéliome, la survie fut de deux ans et trois mois ; pour le deuxième, un sarcome, de quatre années. Enfin la guérison complète suivit l'ablation de la troisième tumeur, qui était un fibro-adénome. A ce propos, l'auteur se livre à une étude des particularités des tumeurs masculines du sein. Pour Schluchardt, dans les deux sexes, elles forment une proportion de 15 0/0 des tumeurs observées sur le corps humain. D'après 469 cas de tumeurs que cet auteur a pu réunir chez l'homme, celui-ci n'entre que pour 1 0/0 dans le chiffre précité. Les femmes y sont donc cent fois plus sujettes. Au sein, on le sait, les tumeurs malignes sont beaucoup plus fréquentes que les tumeurs bénignes (81.7 0/0 contre 18.3 0/0). Villiams trouve 16 cancers chez l'homme, contre 1,863 chez la femme. Il a noté 3 sarcomes masculins contre 92 féminins ; les myxomes se rencontrent deux fois de part et d'autre. Le fibro-adénome une seule fois chez l'homme, contre 372 fois chez la femme ; les cystômes une fois chez l'homme, 63 fois chez la femme. Billroth n'a jamais vu ou entendu rapporter de cas de fibrome, de cysto-sarcome ou d'adénome chez le mâle, mais il accuse 7 carcinomes, contre 245 chez la femme. Les cas de tumeur maligne chez le mâle survenant vers la trentaine sont la grande exception. Il ressort bien nettement de l'étude des cas que ces néoplasmes se développent en moyenne chez l'homme plus tard que chez la femme, rarement avant la cinquantième année. L'évolution est la même chez les deux sexes ; mais il est à remarquer que la glande mammaire de l'homme étant plus réduite, la tumeur est aperçue plus tôt et le traitement opéra-

toire se montre plus efficace. Souvent la tumeur se développe consécutivement à ces lésions eczémateuses que l'on nomme « Maladie de Paget ». Contrairement à l'opinion de Billroth, Kœnig dit que l'épithélioma est fréquent chez les hommes âgés. Un point sur lequel on s'accorde mieux consiste à reconnaître la rareté du fibro-adénome masculin et la plus grande fréquence du sarcome chez l'homme que chez la femme, ainsi que sa marche lente chez les sujets âgés. La thérapeutique ne doit pas ici varier ; ces néoplasmes doivent être enlevés d'une manière aussi précoce que large.

Pilliet et **Piatot**. — *Tuberculose et épithélioma coexistant sur le même sein.* (Soc. anat. Par., mai 1897, p. 124).

Femme de 51 ans, atteinte d'une tumeur de la glande mammaire droite remontant à quatorze mois. Ablation. L'examen histologique montre la coexistence des deux processus tuberculeux et épithéliomateux.

H. Dervaux. — *Fonte puriforme du squirrhe du sein.* (J. Sc. Méd. Lille, 10 juillet 1897, p. 15).

Femme de 40 ans, atteinte d'une tumeur à la partie inféro-externe du mamelon gauche. Du volume d'un œuf de poule, cette tumeur est dure, non fluctuante, indolore, adhérente à la glande. Peau d'orange, rouge violacée dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. Quelques petits ganglions axillaires. Ablation totale de la glande ; curage de l'aisselle. Une coupe de la tumeur montre en son milieu une caverne cancéreuse, remplie d'un liquide puriforme, blanc crémeux et d'amas de caséum grisâtre. Une artère oblitérée par un thrombus avait été la cause de ce foyer de nécrose.

Généralités

Berger. — *Un cas de myxome du bassin.* (Soc. chir. Paris, 28 avril 1897).

Homme, porteur d'une volumineuse tumeur abdominale, ayant déterminé, depuis le mois de juillet, des engourdissements dans la jambe gauche, puis de la douleur le long du nerf crural, et une paralysie du triceps, en même temps qu'une anesthésie de la partie supérieure de la cuisse.

Pendant que ces troubles augmentaient, la tumeur se développait de façon à s'étendre du côté gauche de la crête iliaque aux fausses côtes ; en arrière, elle arrivait près de la colonne vertébrale ; en avant, elle débordait la ligne médiane vers le côté opposé de trois travers de doigt. Sa consistance était irrégulière : fluctuante en haut, pseudo-fluctuante et même dure en bas. C'était l'apparence d'un chondrome.

La tumeur était d'ailleurs d'une fixité absolue, et de fortes adhérences l'appliquaient en bas contre l'os iliaque.

On fit une incision de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à l'angle de la dernière côte avec la colonne vertébrale. La tumeur encapsulée fut facile à isoler à ce niveau. Elle apparaissait grenue, et se laissait dégager au fur et à mesure sur ses faces externe, supérieure et antérieure. Mais, à la fosse iliaque, on vit un prolongement sous les nerfs et vaisseaux cruraux. Il fallut détruire à la rugine les adhérences de la tumeur à l'os iliaque, pour pouvoir la faire basculer, et ainsi entraîner le prolongement en question. Drainage ; guérison.

Cette tumeur était un énorme myxome à développement rapide.

Roberto Binaghi. — *Sur la présence des blastomycètes dans les épithéliomes et leur importance parasitaire.* (La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia, janvier 1897).

L'auteur cherche à établir, par des observations personnelles jointes à l'analyse d'autres travaux, le parasitisme des tumeurs malignes.

Ses recherches ont porté sur 53 épithéliomas de divers organes (pénis, lèvre, pancréas, joue, sein, estomac, utérus, etc.). Sur ces 53 épithéliomas, 40 ont donné un résultat positif en ce sens que tous présentaient un certain nombre de parasites ; 13 sont restés négatifs, résultat que l'auteur attribue à un défaut dans la fixation et la conservation des pièces, à leur mauvaise coloration, etc.

Les parasites observés présentent en général la forme, la structure et la coloration qui caractérisent les blastomycètes décrits par Sanfelice, Roncali, Aievoli, Maffuci e Sirleo, etc. Leur forme est le plus souvent arrondie et leurs dimensions variables ; ils sont tantôt pourvus d'une capsule à contour unique, plus rarement double, et tantôt sont totalement dépourvus de capsule.

[Leur substance est de nature protoplasmique, ordinairement douée d'une coloration intense, parfois transparente et plus ou moins difficile à colorer.

Dans la plupart des épithéliomas les parasites se sont trouvés très nombreux, tantôt libres, tantôt inclus dans des cellules.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

I. Les épithéliomas renferment constamment des parasites présentant des caractères bien déterminés qui permettent de les distinguer des éléments du tissu et de tout autre élément accidentel.

II. Ces parasites, par leurs caractères morphologiques, leurs réactions colorantes et leurs réactions chimiques, sont identiques aux blastomycètes.

III. On ne les rencontre pas dans d'autres tissus pathologiques.

IV. Les rapports qu'ils affectent avec les éléments du néoplasme, leur distribution fixe et régulière dans ces éléments prouvent avec évidence que leur présence n'est pas accidentelle et autorisent à les considérer comme les véritables agents spécifiques des épithéliomas.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1897.

Appareil de la locomotion

ARNOZAN. Ostéosarcome de l'os coxal. (Soc. anat. et phys., Bordeaux, 15 mars). — BARNSBY. Sarcome télangiectasique de la tête du péroné. (Soc. anat. Par. 23 juil.). — BASTIDE. Pronostic et traitement du sarcome du maxillaire inf. (Thèse Par. 21 juil.). — BERGER. Sarcome du sinus frontal. (Gaz. des hôpit. 4 mars). — Myxome de l'os iliaque (Soc. chir. Par. 28 avril). — Tumeurs malignes de l'extrémité sup. de l'humérus (Bullet. méd., 13 juin). — Résection de l'omoplate pour sarcome (Soc. chir. Par 28 juil.). — BOUSQUET (H.). De l'ostéosarcome des membres (Le Cent. méd. de Commentry, 1 juin). — CARRIÈRE et WIEHN. Ostéosarcome de l'os coxal (Soc. anat. Bordeaux, 15 mars). — CLARK (H. E.). Sarcome de l'omoplate (Glasgow W. S. XLVII). — DALZIEL. Sarcome de l'omoplate (Glasgow W. S. XLVII, 140). — DARTIGUES. Ostéosarcome du fémur (Soc. anat. Par. 12 mars). — FAURE. Tumeurs malignes du maxillaire inférieur (Gaz. hebd. Par. 627). — FERRON. Sarcome de l'humérus (Soc. anat. Par. 21 mai). — GOULEY (J. W.). Ostéosarcome du maxillaire supérieur (New-York, M. J. LXX, 429). — JALLAND (W. H.). Sarcome du fémur (Quart M. J. Sheffield, 143). — LABEY. Ostéosarcome du fémur (Soc. anat. Par. 7 mai. — LAGRANGE. Ostéosarcome frontal (Soc. anat. Bordeaux, 12 avril). — LAVISÉ. Epithélioma du maxillaire inférieur (Ann. Soc. belge chir. 252). — LEVASSORT. Tumeur du péroné simulant un sarcome. (Ann. chir. et orthop. Par. X, 13). — LOVELAND (B. C.) C... secondaire du sternum, etc. (Méd. Rec. N. Y. 120). — MAITRE. Ostéosarcome des membres (Th. Par.). — MARCHANT (G.). Ostéosarcome du maxillaire inférieur (Soc. chir. Par. 26 mai). — OMBREDANNE. Lymphosarcome du tibia (Soc. anat. Par. 11 juin). — SHEPHERD (F. J.). Sarcome de l'omoplate (Montreal M. J. 301). — THÉVENOT. Ostéosarcome du fémur (Soc. méd. Lyon, 12 juil. — Warren (J. C). Sarcome du maxillaire inf. (Boston M. 358). — WIART. Sarcome récidivé du radius (Soc. anat. Par. 23 juil.).

Appareil de l'innervation

HOME. Sarcome du cervelet (Neur. Centr. Leipz. 15 mars). — KALT. Sarcome de la base du cerveau (Soc. opht. Par. 19 mars). — MOELLER. (C.). Gliosarcome (Deut. Med. Woch. 306). — MOTY. Sarcome du

médian (Soc. méd. Lille, 15 mai). — Rokitansky C... ventriculi (Allg. Wien. Med. Ztg. XLII, 152). — Rossoluno (G.). Cystogliosarcome. trépanation (Arch. f. Psych. Berlin XXIX, 528). — Tonnel et Raviart. Endothéliome cérébral (Echo méd. Nord, 30 mai).

Appareil des sens spéciaux

Bégouin. Sarcome de l'orbite (Soc. anat. Bordeaux, 24 mai). — Bistis (J.). Epithélioma du limbe scléro-cornéen (Ann. ocul. Par. CXVII, 182). — Bliss (A. A.). Sarcome du nez (Tr. amer. Laryng. N Y. 46). — Boylan (J. E.). Sarcome du nez (Tr. amer. Laryng. N. Y. 11). — Bozzolo (C.). Sarcomatose cutanée (Settimana Med. Firenze, 19.). — Brian. Myxochondrome du nez (Soc. méd. Lyon, 7 avril). — Coppez. Sarcome de l'orbite (Soc. belge opth. Brux. 24 avril). — Denticke (H.). Das Neuroepithelioma retinæ (Leipz. et Wien, 463, s.) — Dor. (L.). Myxochondrome du nez (Soc. méd. Lyon, 5 avril). — Fromaget. Tumeurs malignes de la glande lacrymale (J. méd. Bord. 27 juin). — Hermann (M.). C... oris (Memphis M. Mouth. XVII, 217). — Jennings (J. E.). C... de l'orbite (Ann. J. opht. St-Louis, XIV, 109). — Kalt. Sarcome du nerf optique (Soc. opht. Par. 9 mars. — Lagrange. Sarcome de l'orbite (J. méd. Bordeaux, 7 mars). — Marie (L. E.). Mélanosarcome de la choroïde (Columbus, M. J. XVIII, 345). — Picon (L.). Epithélioma du limbe scléro-cornéen (Lyon, Broch.) — Scott. Epithélioma nasal (Soc. anat. Lille). — Teillais. Sarcome de l'orbite (Soc. opth. Par. 3 mai).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Audry. Epithélioma de la muqueuse bucco-pharyngée (Ann. derma. Par. VIII, 78). - Bard. C... de l'œsophage (Soc. méd. Lyon). — Bégouin. Epithélioma du naso-pharynx (Soc. anat. Bordeaux, 31 mai). — Brysson. Pseudo-sarcome des amygdales (Congr. de méd. américc. Wash. 4 mai), — ? C... de la langue (Gaz. hebd. Bordeaux, 18 avril). — Carrière (G.). C... de l'œsophage (Arch. clin. Bordeaux, VI, 21). — Castel (du). Diagnostic de l'épithélioma et du chancre de la lèvre. (J. méd. et chir. prat. Par. 10 juin). — Cayre. Epithélioma de la base de la langue (Soc. anat. Lille, 9 juin). — Clifford Beale. C... de l'œsophage (Laryng. Soc of. Lond. 9 juin). — Courtade (A). Fibromyxome du voile du palais (Ann. mal. or. Par. XXIII, 457). — Czerny. Traitement des rétrécissements. C... de l'œsophage (Congr. Moscou, août). — Escat (E.). Adénome du voile du palais. (Arch. prov. chir. Par. VI, 320). — Faure. Epithélioma du plancher de la bouche (Soc. chir. Par. 26 mai). — Fraikin. C... de la langue

(Gaz. sc. m. Bord. 18 avril). — Goris (C.). La chirurgie du C... de la langue au début (Rev. int. Laryng. VII, 45). Hartmann. — C... de l'œsophage (Soc. chir. Par. 31 mars). — Heller. C... de la langue chez un syphilitique (Soc. dermat. Berlin, 4 mai). — Herczel. C... de l'œsophage (Œvosi hetil. Budap. XLI, 57). — Heymann. Traitement arsénical du sarcome des amygdales (Arch. laryng. Par. mars, 126). — Jaboulay. C... du pharynx et de l'œsophage (Province méd. Lyon, avril). — Jeanne. C... de la langue généralisé (Soc. anat. Par. 30 juil.). — Krönlein. C... du pharynx (XXVI[e] Congr. Berlin, 21 avril). — Kuh. (E.). C... primitif du naso-pharynx, guéri par les injections d'alcool (Méd. Rec. N. Y. 17 avril). — Kuster. C... du pharynx (XXVI[e] Cong. Soc. chir. Berlin, 21 avril). — Kuttner. Propagation du C... de la langue (XXVI[e] Cong. Soc. chir. Berlin, 21 avril). — Marion (G.). Sarcome de la langue (Rev. chir. Par. 10 mars). — Mortan (C. A.). C... de l'amygdale (Brit. M. J. Lond. 1, 780). — Newmann. Epithélioma de l'amygdale. (Glasgow med. J. XLVII, 137). — Pearce Gould. Epithéliomas du plancher buccal (Soc. odont. G[de] Bretag.). — Reinhardt (A). Sarcome de la langue (XXVI[e] Cong. chir. Berlin, 21 avril). — Shears (G.). C... of the langue (Clin. Chicago, XVIII, 72). — Weil (P. E.). C... de la langue (Soc. anat. Par. 11 juin).

2[e] Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Akermann (J.). Un Cas de C... de l'estomac; résection (Forh. sven. Läh. säll. sammank. Stockolm, 5-11). — Anders (J.). C... de l'estomac (Internat. clin. Phila. G. S., IV, 91). — Barbatis (P.). C... de l'angle splénique du côlon (Indép. Méd. Paris, III, 1). — Barette. Traitement chirurgical palliatif du C... de l'estomac (Rev. gén. clin. Paris, 257). — Benedict (A. L.). Diagnostic du C... de l'estomac (Intern. M. Mag. Phila., VI, 181). — Biduell. C... du côlon transverse (Hop. West. Lond.). — Binaud (W.). C... du côlon; occlusion intest. (Soc. anat. Bordeaux, 3 mai). — Boas. Origine traumatique du C... de l'intestin (Ver. f. um. Med. Berl., 21 juin). — Branham (J). Epithélioma du rectum; excision (Tr. am. ass. obst. Phila. IX, 439. — Chaput. Pylorectomie et gastro-entérostomie (Assoc. franç. chir. Paris. X, 416). — Clarke (J.-J.). C... du rectum; excision (Lancet. Lond., I, 162). — Czygan (P.). Diagnostic du C... du duodénum (Arch. f. Verd. Kranh. Berl. III, s.). — Deguy. Diagnostic du C... de l'estomac (Rev. génér. clin. Paris, XI, 36). — Dock (G.) C... de l'estomac (Am. J. M sc. Phila. 658). — Edwards. (F.) C... du rectum. (Bul. Med. J. Lond. 1210). — Euren (A). C... de l'estomac (Upsala Lakureff. Forh II. 279. — Ève (F). C .. du rectum (Lancet, Lond. I, 736). — Funke (K.). Du C... du rectum (Ztschr. f. Heill. Berl. XXIII, 1-65). — Furbinger. C... intestinal

traumatique (Soc. méd. int. Berl., 5 juil.). — Fuzinami. C... primitif du rectum (Arch. f. path. anat. Berl. CXLVII. 1). — Galliard (L.). C .. de l'intestin (Méd. mod. Paris, 153). — Gangolphe. Epithélioma du rectum (Soc. méd. Lyon, 1er mars.) — De l'ablation du C... du rectum (id. 17 juin). — Traitement chirurgical du C... du rectum (id. 1er juil.). — Garrard (A.). C... du côlon (Quart. m. J. Sheffield. V, 234). — Gould (A.) C... du rectum (Clin. s. Lond. VIII, 316.) — Hamilton (?) C... de l'estomac (Internat. clin. Phila. I, 253). — Hayem. Les polyadénomes gastriques (Presse méd. Par. 53) — Hervé. C... de l'estomac (Soc. anat. Bordeaux, 17 mai). — Heulin. C... primitif du duodénum (Thèse Paris). — Hüll (H.). C... du pylore (Gyogyaszat Budapest. XXXVII, 6). — ? Intoxication saturnine et C... de l'estomac (Méd. internat. Paris, 116). — Johnston (J.). C... de l'estomac (Cincin. Lancet. Clin., 552). — Kay (W. J.). C.. du rectum (Intercôlon M. J. Cuskalas, Melbourne, 142. — Keen (M.). Traitement du C... du rectum (Détroit, Paris). — Kichlet. C... du rectum (Arch. prov. chir. Par. 55). — Kider (A.). C... du rectum (Lancet Lond., I, 443). — Krœnig. C... intestinal traumatique (Soc. med. int. Berl. 5 juil.). — Labat. C... latent de l'estomac (Soc. anat. Bordeaux, 17 mai). — Letulle. C... multiples du tube digestif (Presse méd. Paris, 221. — Les greffes C... de l'intestin (Rev. de gyn. et chir. Paris. 491). — Lyonnet. C... diffus de l'estomac (Soc. méd. Lyon). — Marin Perujo (A). C... de l'intestin (Siglo med. Madrid, 195. — Matheus (J.-M.). C... du rectum (Louisville M. Mouth., 401). — Murray (R.). Sarcome de l'appendice (Med. Mens. N. Y. XX. 543). — Nové-Josseran. C... du rectum, traitement (Soc. chir., Lyon, 1er juill.). — Paul (F.). C... du canal alimentaire (Liverpool M. chir., t. XXII, 60). — Plitek (J.). C... et ulcère de l'estomac (Morgagni, Milano, 53). — Poirier. C... du rectum (Soc. chir., Par., 30 juin). — Polaillon. C... du rectum (Arch. prov. chir. Par. 55). — Pollosson (M.). C... du rectum (Soc. chir. Lyon, 17 juin). — Quénu C... du rectum, amputation (Presse méd. Par., XC). — id. (Soc. chir. Par. 163). — Diagnostic du C... du rectum (Gaz. Méd. Par. 2. — Du C... du rectum (Rev. de chir. Par. 3). — Traitement du C... du rectum (Soc. chir. Par. 16-30 juin). — Ablation du C... du rectum (id. 2 juin). — Rabé. Double C... de l'estomac (Soc. anat. Par., 14 mai). — Reverdin (A.). C... du rectum (Soc. chir. Paris, 2 juin). — Robison (S.-A.). C... de l'estomac (Fort. Wagne M.-J. Mag. 15). — Roux (J.). C... de l'estomac (Médec. Mod. Par., 203). — Scherwinski (N.). Diagnostic du C... et de l'ulcère de l'estomac (Soc. thér. Moscou, 26 mars). — Schwartz. C... du rectum (Soc. chir. Par. 30 juin). — C... énorme de l'estomac (id. 24 février). — Tansini (L.). C... du cœcum, extirpation (Gazz. d. asp. Milano, 449.) — Taylor (E.). C... du rectum (Am. surg. Phila., 385). — Tournier. C... de l'estomac

et périgastrite (Lyon Méd., 73). — Tuttle (J.). C... du rectum (J. am. M. assoc. Chicago, 579). — Verneuil (H.). C... de l'S iliaque (Ann. Soc. belge chir., 193). — Wallace (C). C... du pylore (Int. Thomas 's. Hosp. Lond. 328). — White (S.). C... du rectum, résection (Quart. M. J. Sheffield, V, 38).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Halstead (A.). Epithélioma de la glande sous-maxillaire, excision (Intern. clin. Phila. I, 284). — Maxon (E.). Diagnostic du C.. du pancréas (New-York M. J. 83). — Ménier. C... du pancréas (Gaz. méd. du Centre, Tours 56). — Morini (D.). C... de l'ampoule de Vater (Raccoyl. med. Forli, XXII, 197). — Roux. Cancer primitif du foie (Rev. méd. Suisse rom. fév.). — Spilmann (E.). C... du pancréas (Soc. méd. Nancy, 9 mars). — Thomas. C... de l'ampoule de Vater (Soc. anat. Par. 11 juin). White (W). C... du pancréas (Intern. clin. Phila, 85).

Appareil de la circulation

Berger (P.). Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux (Soc. chir. Par. 7 juil.). — Decloux. Adénopathie sus-claviculaire et C... du canal thoracique (Soc. anat. Par. 5 mars). — Marchand. Sarcome mélanique des ganglions (Soc. chir. Par. 7 juil.).

Appareil de la respiration

Banrowicz (A.). Em. gestielter d'Entenkrels der Weichen Gammens (Arch. f. Laryng. Berlin, 157). — Benda (C.). C... primitif de la plèvre (Soc. méd. int. Berlin). — Benissowitch (N.). C... du larynx (La Chir. Moscou, 418). — Briddon (C.). Adénome de la glande thyroïde (Med. Surg. Rep. Presbyt. Hosp. N. Y. 131). — Célos. C... du larynx (Soc. anat. Par. 21 mai). — C... du larynx (Soc. anat Par. 7 mai). — Collier (M). Epithélioma du larynx (Clin. Soc. Lond. 350) — Delavan (D.). C... du larynx (Ann. laryng. assoc. N. Y. 65). — Goodale (J.). De la dégénérescence des papillomes du larynx (Boston M. T. S. J. 58). — Halstead (A.). C... du larynx (Méd. Détroit. 202). — Hubbard (T.). C... du larynx (Tr. am laryng. N. Y. 182). — Hunt. (J.). Epithélioma du larynx (Liverpool M. chir. XVII, 224). — Kabé. Sarcome plongeant du corps thyroïde (Soc. anat. Par. 9 juil). — Lévi. Sarcome de la trachée (Soc. anat. Par. 30 avril). — Pfannenstill (A.). C... primitif du poumon (Nord. méd. arkiv. Stockholm). — Pierce (N.). Néoplasmes du larynx (Laryng. St-Louis, 31). — Sacchi (E.). C... du larynx (Policl. Roma. C. 49). — Zagari.

Tumeurs malignes de la plèvre et du poumon (Arch. clin. Bord. mars). — Nolkowitch (N.). Deux cas d'extirpation de larynx C... (Histopis rousk. chir. V, 2). — Woods (R.). C. du larynx (Dublin, méd. S. J. 204.). — ? Myxome du thymus (Gaz. d'osp. Milana, XXIII, 401).

Appareil de la sécrétion urinaire

Abbe. — Sarcome du rein (Am. Surg. Phila, 360). — Albarran. Adénomes et épithéliomes du rein (Ann. d. mal. org. génit. Par. 387). — Bernoud. C... du rein (Soc. sc. m. Lyon, juin). — Bootch (C). Sarcome du rein (Columbus méd. J. 299). — Brian. C... du rein (Soc. méd. Lyon, 3 mai). — Cacace (E.). Sarcome du rein (Pediatria, Napoli, 45). — Danel. Hydronéphrose double et C... de l'utérus (J. Sc. m. Lille, 285). — Duplant. C... de la vessie (Lyon, Méd. 308). — Finck. C... de la vessie (Prov. méd. Lyon 66). — Legueu. C... kystique d'un rein mobile (Soc. anat. Par. 12 mai). — Loumeau. (E.). C... du rein (Ann. policl. Bord. 403) — Poncet. C... du rein (Soc. méd. Lyon). — Weinberg. Adénome des capsules surrénales (Soc. anat. Par. 14 juin).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

Briggs (C.). Epithélioma du pénis (Nashville, J. M. 37). — Carlier. Epithélioma du pénis (Soc. m. Nord. Lille, 25 juin). — Chavannaz. C... du testicule (Soc. anat. Bord. 15 mars). — Dupraz. Sarcome de la prostate (Rev. m. canc. Par. 145). — Gottheil (W.). Epithélioma du pénis (Intern. surg. N. Y. 16.). — Gourdiat. Epithélioma du pénis et cystostomie. (Prov. méd. Lyon, 234). — Hamilton (J.). Sarcome du testicule (Intern. clin. Phila., 178.). — Lagrange. C... du testicule (Soc. anat. Bord. 15 mars). — Marsh (H.). Sarcome de la prostate (Med. Prest et Circ. Lond. 381). — Michel. C... du testicule (J. d. m. Bord. 11 avril). — Pilliet. Sarcome du cordon (Soc. anat. Par. 5 avril). — Pousson. C... du testicule (Soc. anat. Bord. 15 mars). — Senn (V.). C... du pénis (Chicago, clin. Rev. 169). — Tailhefer (E.). C... de la prostate (Gaz. hebd. méd. Par. 805).

2. Organes génitaux de la femme.

Bégouin (P.). C... du col de l'utérus (Ann. gyn. et obst. Par., 392). — Bœcker (Q.). C... de l'utérus (Arch. gynæk. Berl., 153, n° 1). — Bosche. C .. utérin et grossesse (Thèse, Paris). — Bozemann (N.). C .. de l'utérus (Clin. J. Lond., 285).— Chéron (Q.). C .. de l'utérus (Gaz. gyn. Paris, 264). — Eiermann, Du déciduome malin (Famml Ntangl. Abhandl, etc., Bd 11, s. v.). — Fraenckel (E.), Sarcome décidual (Leipz. Breikopf. 36, s.). —

Frank (L.) C... de l'utérus (Intern. clin. Phila., 292). — Gemmel (E.), Adénome malin de l'utérus (Méd. chir. Manchester, 343). — Jassett (F.) C... de l'utérus (Brit. gynoc. Lond., 2). — Kajiart. C... de l'utérus (Soc. Med. Lille, 28 mai). — Kahlven (C.). Le sarcome primitif des trompes (Semaine gynéc. Paris, 204. — Lebedeff (A.), C .. des organes génitaux externes (Saint-Péters.). — Lewers, Sarcome de l'utérus (Obs. Soc. of Lond., 7 juil.). — Lipinsky. C... du clitoris (J. akunch. i, Jemk. Saint-Peters., 151).— Nikiforoff. Déciduome malin (Russisch. arf. f. Path., 257). — Reed (C.), Mélano-sarcome de l'urètre (Tr. am. ass. obst. Phila., 322). — Reinicke (E.), Sarcome déciduo-cellulaire (Arch f. gynäk. Berl. LIII, 1) Schirskow (D.) C... de l'utérus (Boln. gaz. Botkina, n° 3). — Snow (H.). C... du col de l'utérus (Soc. brit. gyn. Lond., 8 juil.). — Franbenroth, Déciduome malin (Wiss. v. d. aertz. zu. Stettin, 1er juin) — Vignard. Epithélioma de l'utérus (Soc. anat. Nantes, 12 mai). — Witkroff (J.). C... de l'utérus (Cinc. Lancet clin., 218).

3. Annexes de l'appareil de la génération.

Axtell (E.), Sarcome de la mamelle (N. Y. M. J., 309). — Burnay (Mc. E.). C... de la mamelle (Ann. surg. Phila., 363). — Coyne, Fibro-sarcome de la mamelle (Soc. anat. Bord., 24 mai). — Cranford (W.). C... de la mamelle (Brit. M. J. Lond., 205). — Denyer (S.), Histologie du C... de la mamelle (Epuys Hop. Gaz. Lond., 72). — Depage. C.. du sein (Soc. belge chir. Brux., 27 mars) — Fowler (G.). C... de la mamelle (Brooklyn. M. J., 26). — Guinard. C... glandulaire et C... malpighien (Soc. biol. Par., 6 mars). — Hill (L.) C... de la mamelle (N. Orl. M. 9 s. J., 442). — Hutchinson (J.). C... de la mamelle (Edinb. M. J., 485). — Keefe (J.), Tumeurs malignes de la mamelle (Atlant. M. Woch. Prov. VII, 1). — Keough (G.). C... de la Mamelle (Canad. J.-M. Toronto, 1). — Kerbiriou, Sarco-épithéliome du sein (J. d. sc. Méd. Lille, 175). — Meyer. C... de la mamelle (Ann. surg. Phila., 478. — Pilliet, Tuberculose et épithélioma mammaires (Soc. anat. Par., 14 mai). — Plummer (S.). C... de la mamelle (Lancet Lond., 1203. — Scheild (A.), Sarcome de la mamelle (Brit. M. J. Lond., 193). — Snow (H.). C... Mammaire (Lancet Lond., 101). — Nackerlagen. C... de la mamelle (Brooklyn. M. J., 330). — Normuth (H.). C... de la mamelle (M. q. surg. Rep. Phila., 167). — Waterhouse (H.), Chondrome simulant une tumeur de la mamelle (Clin. of Lond., 317) — Whiteford (C.). C... de la mamelle et extirpation des ovaires (Brit. M. J. Lond., 10 juil.).

Généralités

Andérodias. Fibro-chondrome branchial (J. de Méd. Bord., 228). — Baginsky (A.). Tumeurs sarcomateuses des jeunes enfants (Soc. méd. Berlin, 28 avril). — Bégouin. C... de la face (Soc. anat. Bord.,

15 mars). — BERNARD (J.) Cysto-adénomes bénins (Thèse Paris). — BLOOM (I). Epithélioma de la face (Med. Times N.-Y., 9). — CANNADY (C.). Traitement galvanique des épithéliomes (Virginia Richamond, 516). — CONTRELL (J.). Epithélioma de la face (M. Eng. M. Month., 161). — CASARINI (C.). Sarcome du médiastin (Kasagna. Sc. M. Modona, 215). — CERNÉ. Lymphosarcome de la loge parotidienne (Normandie méd., 33). — CLAISSE (A.). Ostéosarcome du bras (Soc. anat. Par., 26 mars). — CHARMEIL. Epithélioma de la face (Soc. Méd. Lille, 15 mai). — CLÈRE (L). Myxome de la cuisse (Thèse Lyon). — DUBARRY. Epithélioma de la face (Normandie méd., 137). — DUPLANT. C... musculaire lisse (Lyon méd., 21). — EWALD. Opérations des C... (XV[e] Congr. méd. Berlin, 10 juin). — FRITEAU. Diagnostic de l'épulis (Odont. Par., 140). — GAYET. Epithélioma corné de la joue (Soc. M. Lyon, 12 avril). — GOFFINET. Sarcome de l'avant-bras (Soc. anat. belge, 5 fév.). — HOPPEL (W.). Traitement des tumeurs malignes (Allang. M. am., 21). — JOHANNESSEN (A.). Sarcome pelvien (Jah. f. Krûd. Leipz., 114). — KOUÏG. Sarcome congénital de la cuisse (Réunion chir. Berl., 8 mars). — KORFF (B.). Traitement des C... (Wien Med. Woch., 20 mars). — LABICHE. L'épithélioma de la main (Thèse Paris, 23 juin). — LARDENNOIS. Ostéosarcome de la jambe (Soc. anat. Par., 4 juin). — LEURÈLE (M.). Sarcome des doigts (Thèse, Lille). — MAAS. Sarcome congénital de la cuisse (Réunion chir. Berlin, 2 mars). — MAZET (C.). Epithélioma de la face (Rev. opht. Paris, 184). — MÉRAUD. Des sarcomes rétro-péritonéaux (Thèse Par.). — NASMYTH (I.). De la distribution du C... en Ecosse (avril). — PARKER. Epithélioma (Southwerst, M. J. Fort. Worth. 43). — PAVIOT. C... musculaire lisse (Soc. m. Lyon, 2 juin). — PÉAN. Fibro-sarcome de la région ischio-pubienne (Acad. méd. Par., 283). — PLAUSKI. Sarcome mélanique (Soc. derm. Berlin, 1[er] juin). — RATSCHINSKI. Pseudomyxome du péritoine (J. ak. St-Péters., 141). — RICHEMOND, Sarcome de l'avant bras (Path. soc. Manchester, 10 mars). — ROLLESTON. Adéno-chondrosarcome hémorragique (J. path. Edinb. of Lond., 228). — ROLLET. Epithélioma corné de la joue (Soc. Méd. Lyon. 12 avril). SCHLESINGER. Tumeurs malignes (Berlin). — SHATTOCK. Tumeurs épithéliales (J. of Path. and Bact. Mars). — TILLAUX. Epithélioma de la face (Progr. Méd. Par., 65). — VAN IMSCHOOT (F.). Sarcome de l'annulaire (Ass. Soc. belge chir. 183). — VITALIEN. Péritonite C... primitive (Thèse Par.). — VITRAC. C... généralisé du péritoine (J. Méd. Bord., 30 mai). — WILLEMS. Sarcome de la cuisse (Clin. Brux. 169).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE ET BIBLIOGRAPHIQUE

sous la direction de MM. les Professeurs

S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

O. LANNELONGUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS

V. CORNIL

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

avec le concours de MM. les Docteurs :

Pr BARD	M. DENUCÉ	H. MORAU	A. RICARD
J. W. BINAUD	L. GALLIARD	Pr NEPVEU	A. ROUTIER
A. BOISSARD	E. GAUCHER	E. NITOT	C. SAVOIRE
A. BRAULT	M. ISCH-WALL	L. H. PETIT	M. TOUPET
M. CAZIN	G. MARCHANT	P. RECLUS	A. TROUSSEAU
R. CONDAMIN	Pr MAYET	P. REYNIER	F. VERCHÈRE

Rédacteur en chef :

Dr E. OZENNE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

TROISIÈME ANNÉE : 1897-1898

ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : **8** francs. — DÉPARTEMENTS et UNION POSTALE : **10** francs.

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine-Dubois, 4

1898

TABLE DES MATIÈRES DU TOME TROISIÈME

(Année 1897-1898)

NOTA. — *Les chiffres romains indiquent le Fascicule de la Revue dans lequel le mémoire a paru.*

I. — MÉMOIRES ORIGINAUX

Pages

II. **Coudray** (**P.**). — Des injections périphériques sclérogènes de chlorure de zinc dans le traitement des tumeurs malignes. 49

III. **Duplay** (**S.**). — Sur une forme particulière de cancer du sein 103

II-III. **Frénot** (**M.**). — De la curabilité des tumeurs malignes en général 63-112

IV. **Lancereaux** (**E.**). — Les épithéliomes et le cancer. 167

I. **Molènes** (**Paul de**). — Traitement de la leucoplasie buccolinguale. 184

IV. **Quenu** et **Hartmann**. — Traitement du cancer du rectum. 5

III. **Rouffart** — Traitement chirurgical du cancer utérin. . . 119

II. — REVUES ANALYTIQUES

1° *Thèses et Brochures.*

Batailler (**A.**). — De l'ostéosarcome du bassin 215

Bosche. — Cancer utérin et grossesse 90

Braun. — Des tumeurs malignes du rein chez l'enfant. 90

Brun (**R.**). — Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs et en particulier des nerfs du membre supérieur. 216

Deroyer (**A.**). — Des tumeurs solides du cordon spermatique 35

Desforges-Mériel. — Essai sur le traitement opératoire du cancer du rectum 215

Dubois (**E**). — Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire. . . . 217

Dunis (**E.**). — De l'amputation du sein dans le cas de cancer 219

Finet (**P.**). — De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum 36

Fisse. — Contribution à l'épithéliomatose de Paget. 91

Gauthier (**G.**). — De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac. 35

Gorgon (J. F.). — Épithéliomatose et sarcomatose mélaniques cutanées 32
Jouin (F.). — Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire. 217
Marquez (A.). — Contribution à l'étude du sarcome du rein chez l'enfant 218
Picon. — De l'épithéliome du limbe scléro-cornéen 90
Raynaud (M. A.). — Contribution à l'étude clinique des tumeurs du ligament rond 216
Roguet (G.). — Étude sur les sarcomes de la paroi abdominale antérieure 215
Segall. — Contribution à l'étude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin 32
Texier (G.). — Indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus 33
Zelenski. — Conduite à tenir dans les grossesses compliquées de cancer de l'utérus 36

2° *Travaux divers.*

A

Albarran et **Bernard** (L.). — Cancer d'origine parasitaire. 23
Albarran. — Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. 84
Albertin. — Cancer récidivé de la lèvre inférieure propagé au maxillaire 138
Ardouin (P.). — Énorme fibro-sarcome de la paroi abdominale. . . . 212

B

Babès et **Nanu**. — Myxosarcome de l'intestin grêle. 21
Bantigny. — Ostéosarcome chez une femme enceinte de cinq mois . 137
Bantigny (A.). — Un cas de cancer de l'ombilic 214
Bard et **Pic**. — Glycosurie dans le cancer primitif du pancréas . . . 200
Bayer. — Emploi du formol dans les cas de cancer inopérable 213
Berger (P.). — Épithéliome aberrant de la thyroïde 22
Besson et **Danel**. — Sarcome alvéolaire secondaire de la plèvre et du poumon 144
Besson (A.). — Sarcome de la clavicule. 189
Besançon (F.) et **Bertherand**. — Tumeur de la rate secondaire à un épithélioma de l'estomac. 84
Binaud et **Chavannaz**. — Sur une forme singulière de cancer de l'urètre 25
Bœckel (J.). — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum. 82
Bompard et **Milian**. — Un cas de maladie kystique de la mamelle . 89

Borde. — Traitement de l'épithélioma de la face par la solution arsénicale 75
Bosc. — Pathogénie et histogénèse du cancer. 28
Bosc. — Les parasites du cancer et du sarcome. 207
Boucaud (de). — Sarcome de l'avant-bras. 212
Bouilly (G.). — Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. 26
Boursier. — Volumineux cancer de l'ovaire 202
Bramann (Von). — Cancer de l'intestin. 198
Bret et Courmont. — Cancer primitif du péritoine 214
Brissaud (E.) et Massary (de). — Diagnostic d'une tumeur cérébrale sans localisation possible. 139
Brocq. — Traitement des épithéliomes 210
Brun (F.). — Tumeurs malignes du rein chez l'enfant 146
Brunner (G.). — Traitement des tumeurs malignes par le sérum sanguin 30
Bufnoir et Milian. — Épithélioma pavimenteux du corps thyroïde . 202
Byron Bramwell. — Un cas de tumeur et d'abcès cérébral chez un même sujet. 141

C

Camelot. — Utérus fibromateux avec cancer de la muqueuse du corps. 86
Carless. — Gastrotomie par la méthode de Kader 77
Cestan (E.) et Pettit. — Un cas de cystocarcinome de l'ovaire . . . 150
Chavannaz et Michel. — Carcinome encéphaloïde du testicule en ectopie inguinale. 24
Chavannaz. — Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire 27
Clavelier et Landrevie. — Traitement des épithéliomas de la face par le bleu de méthylène 191
Czerny. — Chirurgie de l'estomac et de l'intestin. 18

D

Davezac. — Cancroïde du nez traité par la méthode de Cerny. . . . 75
Delettrez (A.). — Tumeur ganglionnaire du mésentère. 198
Delie. — Sarcome endothélial du cornet moyen. 196
Devic et Courmont. — Gliome cérébral 17
Devic et Paviot. — Les tumeurs du corps calleux. 138
Dide (M.). — Tumeur cérébrale 191
Druon (E.). — Gastrotomie pour cancer de l'œsophage 76
Dubar (G.). — Sarcome embryonnaire mélanique sur une tache pigmentaire 75

Dubarry. — Guérison d'un épithélioma de la face par le bleu de méthylène 29
Duret (H.). — Cysto-fibromes et cysto-sarcomes de l'utérus. 203

E

Ewald. — De la valeur des interventions chirurgicales dans le cancer de l'estomac 78

F

Fage. — Le sarcome des paupières 192
Fauvel. — Sarcome de la mélanique de la conjonctive. 193
Fehling. — Le cancer de l'utérus dans la grossesse. 87
Fraikin. — Sarcome de l'os coxal ayant envahi la vessie 189
Franchomme. — Épithélioma tubulé de la peau du sein chez un homme. 142
Frankel (B.). — Le traitement intra-laryngé du cancer du larynx. 145
Frankel (A.). — Tumeurs de la moelle avec autopsie. 191

G

Gahoubian. — Fibrome de la vessie. 86
Gallet (V.). — Traitement du cancer du rectum. 80
Gayet. — Un cas de néoplasme oculaire diagnostiqué. 195
Giordano (D.). — Sui limita della operabilita del cancero del utero . 149
Girard. — Resection totale du maxillaire supérieur sans ouverture de la cavité buccale 16
Girard. — Épithélioma de la verge 202
Gluck. — Cancer de l'épiglotte. 201
Godmann. — Envahissement des veines par le cancer 21
Gracia (Francesco de). — Gliome du cervelet 74
Grenet (A). — Sarcome de la base du cerveau. 190
Griffon et **Segall.** — Sarcome de la vésicule biliaire propagé au foie. 83
Guiacciardi (G.). — Carcinome gélatineux primitif du péritoine. . . 212
Guilbert. — Deux cas de sarcome mélanique de la choroïde 194
Guinard (U.). — Cancer de l'angle gauche du côlon 80

H

Hamonic (P.). — Cancer généralisé de l'abdomen 209
Hartmann et **Frédet.** — Ligatures atrophiantes dans le cancer inopérable de l'utérus. 149
Hermet. — Cicatrisation d'un épithélioma de la face par des applications d'acide arsénieux 209

Hervé. — Cancer nodulaire du foie 82
Hirigoyen et **Bergonié.** — Tumeur du sein réputée maligne guérie par les courants continus 205
Hirtz et **Luys.** — Ascite chyleuse et cancer de l'estomac. 19
Hitzig. — De l'inégalité des pupilles dans le cancer de l'œsophage. . 142
Hobbs (J.) et **Bégouin.** — Étude d'un épithélioma de la thyroïde . . 144
Hoesslin (V.). — Un cas de tumeur cérébrale 190

I

Iterson (**Van**). — Voir **Czerny** 18
Ivanov. — Adéno-fibro-myome kystique sarcomateux et carcinomateux 150

J

Jacobs. — Sarcome primitif de la trompe. 89
Janvrin (J.-E.). — Choix de l'opération dans les cancers de l'utérus. 28
Jonnesco (T.). — Épithélioma du larynx. Extirpation 145
Julliard. — Utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum 79

K

Karewski. — Traitement conservateur d'un sarcome osseux 137
Kempner et **Fragstein.** — Gliome cérébral. 17
Kirstein. — Cancer mélanique de la grande lèvre 205
Kopff. — Épithélioma de la conjonctive bulbaire 194

L

Lanelongue. — Carcinome de l'ovaire gauche et fibrome du ligament large 203
Langlais. — Mélano-sarcome de la choroïde 195
Laubie et **Brengues.** — Coexistence du cancer mammaire et de la tuberculose pulmonaire. 207
Lavisé et **Péchère.** — Adénome malin de l'utérus 148
Lawford-Knaggs (R.). — Ablation du cœcum et des côlons. 198
Le Dentu. — Chondro-myxo-sarcome de l'humérus. 73
Legendre et **Terrien.** — Sarcomes disséminés du squelette 137
Lenhartz. — Cancer primitif du poumon et de la plèvre 143
Lenhartz. — Cancer primitif de la plèvre. 143
Le Roy (Cl.). — Ostéosarcome de la cuisse chez un enfant. 190
Letulle (M.). — Cancer colloïde du duodénum. 78

M

Maffucci (**A.**) et **Sirléo**. — Les blastomycètes agents infectieux des tumeurs malignes 213
Mailland et **Audry**. — Cancer secondaire du cœur 84
Mansell-Moullin. — Traitement du sarcome inopérable par le liquide de Coley 211
Mariachess. — Sarcome de l'urètre 25
Marion (**G.**). — Du sarcome de la langue 76
Marmaduke Sheild. — De la survie à la suite de l'amputation du sein cancéreux 206
Marsl (**F.**). — Résection du côlon pour carcinome 21
Martin (**A.**). — Gros fibrosarcome de l'ovaire 150
Mathieu. — Trois cas de cancer succédant à l'ulcère stomacal 17
Meyer (**F.**). — Toxicité de l'urine et de l'extrait splénique chez les cancéreux 213
Michel. — Épithélioma de l'ovaire 89
Monprofit (**A.**). — Hystérectomie totale abdominale pour cancer de l'utérus 86
Morgan (**J.-B.**). — Traitement du cancer cutané 75
Mossé et **Daunic**. — Cancer primitif de l'appendice 80
Moulonguet (**A.**). — Résection du rectum avec abaissement du bout supérieur 19
Moure. — Cancer du larynx et thyrotomie 201
Moussatoff. — Cancer de l'utérus et extrait de chélidoine 87
Myttenaere (**de**). — Carcinome des capsules surrénales 85

N

Nicolle (**G.**) et **Hébert**. — Sarcomes cutanés multiples et acide arsénieux 30
Nonne. — Sarcome du cervelet 17

P

Perrin. — Balano-posthite leucoplasique 148
Pichevin et **Pettit**. — Leucoplasie vulvo-vaginale 27
Piéry. — Cancer musculaire lisse de l'ovaire 203
Pilliet (**A.**). — Leucoplasie linguale et épithélioma 76
Pilliet et **Pasteau**. — Sarcome du cordon inguinal 148

R

Rabé. — Cancer massif du rectum et adénopathie inguinale 198
Reichard. — Résection de l'estomac pour cancer 79
Richmond. — Sarcome de l'avant-bras. 32
Rœbé. — Épithélioma primitif de la vésicule biliaire. 83
Rosenstein — Cancer de l'utérus et cancer ganglionnaire 150
Rothamel. — Dixième récidive de sarcome de la cuisse. 211
Rotter. — Carcinome de la vessie et kyste de l'ouraque 24

S

Salva. — Sarcome de l'orbite 74
Schlesinger. — Cancer primitif du duodénum 197
Schmidt. — De la lympho-sarcomatose de l'intestin grêle 199
Selby. — Tumeur du cervelet chez un enfant 140
Sematzky. — Méthodes de gastro-entérostomie. 18
Senator. — Sarcome de la moelle cérébrale. 141
Smoler. — Le sarcome primitif de l'intestin 197
Sternberg. — De l'incision recto-vaginale dans les opérations sur le rectum 20

T

Tailhefer (E.). — Propagation d'un épithélioma de la prostate aux corps caverneux 25
Tailhefer (E.). — Indications opératoires et traitement du cancer du rectum. 81
Terrier. — Ablation d'une tumeur du foie. 82
Thilliez (L.). — Mélano-sarcome de la paupière supérieure. 142
Thomas (A.) et **Noica.** — Épithélioma primitif de l'ampoule de Vater. 83
Tuffier. — Ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables. . . . 22
Tuffier et **Dujarier.** — Périgastrite gangréneuse et cancer gastrique. 197

V

Valude. — Trois cas de tumeur orbitaire chez l'enfant. 195
Vanach. — Désarticulation de l'épaule pour sarcome. 73
Vandervelde et **Defrise.** — Tumeurs sarcomateuses multiples . . . 200
Vautrin. — Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin. . . 19
Venneman. — Quelle est la nature du cancer mélanique de la conjonctive. 193
Verdelet. — Cancer de la langue et des ganglions cervicaux 76

Verdelet. — Épithélioma de la jambe 212
Verhoogen (J.). — Deux cas de résection partielle de la vessie. . . . 84
Verstraete. — Lymphadénome du testicule. 24
Verstraete et **Danel**. — Cancer de la queue du pancréas 200
Vitrac (J.). — Fibro-sarcome de l'utérus 26
Vitrac et Laubie. — Sarcome de l'intestin. 79
Voron. — Cancer du rein. Néphrectomie transpéritonéale 147

W

Weinberg et **Turquet**. — Cancer des capsules surrénales. 85
Werder (O.). — Nouvelle opération pour le traitement radical du cancer du col utérin. 204
Wilhems (Cl.). — Technique opératoire du cancer du rectum 80

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pages

Appareil de la locomotion 39-92
153-220

Appareil de l'innervation 153-220

Appareil des sens spéciaux 39-92
153-221

Appareil de la digestion 40-93
154-222

Appareil de la circulation 41-157
224

Appareil de la respiration 41-94
157-225

Appareil de la sécrétion urinaire. 41-95
158-225

Appareil de la génération. 42-95
158-226

Généralités. 43-97
161

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

Pages

I. — Mémoires originaux VII

II. — Revues analytiques VII

1° Thèses et Brochures VII

2° Travaux divers VIII

III. — Index bibliographique XIV

IV. — Table générale des matières XV

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des maladies cancéreuses. — T. III 1er Fasc. — 20 Octobre 1897

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE ET BIBLIOGRAPHIQUE

sous la direction de MM. les Professeurs

S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

O. LANNELONGUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS

V. CORNIL

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

avec le concours de MM. les Docteurs :

Pr BARD	M. DENUCÉ	H. MORAU	A. RICARD
J. W. BINAUD	L. GALLIARD	Pr NEPVEU	A. ROUTIER
A. BOISSARD	E. GAUCHER	E. NITOT	C. SAVOIRE
A. BRAULT	M. ISCH-WALL	L. H. PETIT	M. TOUPET
M. CAZIN	G. MARCHANT	P. RECLUS	A. TROUSSEAU
R. CONDAMIN	Pr MAYET	P. REYNIER	F. VERCHÈRE

Rédacteur en chef :

Dr E. OZENNE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

TROISIÈME ANNÉE : 1897-1898

1er FASCICULE — 20 OCTOBRE 1897

ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : **8** francs. — DÉPARTEMENTS et UNION POSTALE : **10** francs.

PRIX DU NUMÉRO : **2** fr. **50**.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1897

EXTRAIT de VIANDE à BASE D'ALBUMOSES (88 %)

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

SEULE préparation d'Albumoses ayant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

SOMATOSE

Dose : 10 à 12 gr. par jour en 3 ou 4 fois dissoute dans le lait, eau, bouillon, etc. (éviter le vin)

ANÉMIE, CONVALESCENCE, DÉBILITÉ

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, ALIMENTATION DES PHTISIQUES, TUBERCULEUX, TYPHIQUES, ETC.

TOUTES PHARMACIES

Echantillons gratuits Fréd. BAYER et Cie, 23, rue d'Enghien, Paris

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM (1)

par MM. QUÉNU et HARTMANN

Dans toute opération sur le rectum, deux grandes indications sont à mettre en première ligne :

1° Nous voulons, puisqu'il s'agit d'un cancer, faire une ablation étendue portant et sur l'organe malade et sur les ganglions dégénérés ; il faut donc que nous ayons un accès facile sur le rectum. C'est dans ce sens que se sont successivement modifiées les voies de pénétration depuis l'opération primitive de Lisfranc jusqu'à la brèche sacrée de Kraske, en passant par l'incision ano-coccygienne de Denonvilliers et la résection du coccyx de Verneuil-Kocher.

2° Il est essentiel de se rapprocher autant que possible des lois générales de l'asepsie. Mais ici surgit une grande difficulté qui tient à l'obligation de conserver la fonction : la préservation de toute souillure doit être obtenue non seulement pendant l'acte opératoire, mais après. L'antisepsie pré-opératoire comprend la préparation du malade (l'antisepsie intestinale par les purgatifs, les poudres et le régime lacté), la préparation plus spéciale du rectum par la création d'un anus iliaque, les lavages et instillations, l'égouttage, l'assèchement et le bourrage.

(1) Extrait du Rapport présenté au XI[e] Congrès de Chirurgie, Paris, octobre 1897.

Il est bien entendu que, pour aucune raison, le chirurgien ne mettra le doigt dans le rectum, sous prétexte de se guider dans sa dissection ou dans l'excision du cancer. Sont également condamnés d'avance tous les procédés qui se basent sur la division de l'intestin en deux moitiés afin d'en faciliter l'extirpation.

Il faut enlever le rectum malade comme une poche à contenu septique. Il y a nombre d'années que les Allemands pratiquent la résection après avoir pratiqué, au-dessus et au-dessous du segment à extirper, une ligature élastique.

On a soin en outre, avant d'inciser, de passer des compresses au-dessous de l'intestin libéré et dénudé, de garnir toute la plaie, de manière à ce qu'à l'incision la tranche intestinale ne puisse souiller la plaie. Si l'anus et le sphincter sont d'avance sacrifiés, nous recommandons de commencer l'opération par l'oblitération de l'anus, ce qui peut s'exécuter facilement de la façon suivante : une incision circulaire ayant circonscrit l'orifice, on faufile autour de lui, à l'aide d'une aiguille de Reverdin courbe, une grosse soie qu'on serre ensuite solidement, puis on cautérise la peau froncée de l'orifice au thermo. Si l'intestin avait sa solidité habituelle, cette méthode de la résection en vase clos ne donnerait que des succès : malheureusement, l'envahissement cancéreux amène parfois sur un point une très grande friabilité, la moindre traction produit une fissure ; ces petites ruptures rectales se produisent encore de la manière suivante : dans un cancer élevé, une bosselure de l'intestin revêtu du péritoine est envahie dans toute son épaisseur, une perforation se serait déclarée si la bosselure n'avait antérieurement adhéré à une bosselure voisine infléchie vers elle : une traction quelconque tend à redresser l'inflexion et sépare les deux bosselures.

Ces exemples nous prouvent avec quelle réserve il faut tirer sur le rectum ; les tractions doivent être minimes et avoir pour but non d'amener l'intestin, mais d'indiquer ce qui se tend, où est l'obstacle à l'abaissement, afin d'agir sur lui. Mais, somme toute, si avec un bon choix de procédé on peut rendre rares les perforations opératoires, on n'est jamais sûr d'une manière absolue de les éviter ; aussi faut-il s'être arrangé pour que, si une petite fissure éclate, rien ne s'écoule que quelques gouttes qu'on puisse aisément recueillir et tarir : c'est là précisément, on le saisit bien maintenant, la raison de tous

les soins pré-opératoires, et en particulier des recommandations que nous n'avons cessé de faire relativement à l'assèchement du rectum. Croire qu'on puisse effacer la souillure du contenu d'un rectum cancéreux à force d'essuyages et d'irrigations antiseptiques est la plus dangereuse des illusions.

C'est pénétré du danger de l'infection opératoire que Rehn avait proposé d'effectuer l'opération en deux temps. Dans un premier temps on isolait le rectum, puis on tamponnait à la gaze iodoformée, et on laissait les choses en l'état pendant quelques jours, afin de permettre aux surfaces sanglantes de se recouvrir d'une couche de bourgeons charnus, couche de défense et de protection contre les agents infectieux. Dans un second temps on achevait l'extirpation.

Il est infiniment préférable de ne pas accepter d'avance l'infection et de prendre ses précautions pour tout achever en une seule séance.

Dans une seule circonstance, fort exceptionnelle du reste, on peut se risquer à ouvrir le rectum de parti pris : c'est lorsqu'il s'agit d'un néoplasme, *très limité*, n'occupant qu'une face de l'intestin. L'ouverture rectale, en effet, a moins d'importance ici : la plaque épithéliale circonscrite qu'il s'agit d'enlever n'a pas encore eu le temps de s'ulcérer, ou, légèrement ulcérée, elle a pu être nettoyée par un curetage préalable ; ou encore il s'agit de ces productions pédiculées décrites sous le nom de tumeurs végétantes (*villous tumours*), mais qui se rattachent aux cancers par leur structure épithéliomateuse et leur évolution. La virulence du milieu rectal est, par le fait de ces conditions particulières, moindre ; l'abord de la tumeur ne nécessite que peu de sacrifices, la protection de la plaie est possible pendant l'opération, grâce à un bourrage préalable ; elle est réalisable après une suture *non circulaire*, derrière laquelle du reste les téguments ne seront pas réunis.

Choix du procédé opératoire. — Une seule technique opératoire ne convient pas à tous les cas de cancer rectal justiciables d'extirpation ; il est nécessaire d'avoir à sa disposition une série de procédés dont l'application sera résolue d'avance ou imposée par la nécessité au cours de l'intervention. Le choix du procédé dépend évidemment de deux conditions différentes : du siège du cancer et de son étendue. Le siège du cancer doit naturellement faire varier le mode d'accès ; l'éten-

due du cancer règle l'importance du sacrifice intestinal et le mode de constitution du nouvel anus.

Il nous importe, par suite, d'établir sur ces deux bases, le siège et l'étendue du mal, un certain nombre de types cliniques, et pour en faire accepter l'importance et l'utilité, il nous incombe de démontrer que le diagnostic pré-opératoire de ces variétés est infiniment facile et peut être fait avec la plus grande précision.

Nous avons proposé une première division basée sur le siège du cancer relativement à la troisième vertèbre sacrée ; c'est là en effet que se termine la portion du gros intestin pourvu d'un mésentère et que commence le véritable rectum; toute production sus-jacente à ce niveau n'est facilement atteinte que par le ventre. Suivant que la limite supérieure dépassera ou ne dépassera pas la troisième vertèbre sacrée, nous aurons un cancer *recto-sigmoïde* ou un cancer *rectal proprement dit.*

Il nous reste à envisager le cancer rectal proprement dit, c'est-à-dire celui qui ne dépasse pas les limites du rectum telles qu'elles sont acceptées aujourd'hui ; ce cancer est limité ou total : total quand, commençant à l'anus, il remonte à la troisième sacrée ; limité quand il n'occupe qu'un ou deux segments du rectum.

Le cancer limité nous paraît devoir être subdivisé en trois variétés :

Un *cancer bas*, ne dépassant pas, s'il l'atteint, le cul-de-sac péritonéal ;

Un *cancer élevé* sus-ampullaire, ayant son extrémité inférieure à 7 ou 8 centimètres et son extrémité supérieure à la troisième sacrée ;

Un *cancer moyen* ou cancer de l'ampoule.

Le cancer bas placé peut être limité à l'anus (cancer anal, cancer sphinctérien de Finet) ou s'étendre à la moitié inférieure de l'ampoule (cancer ano-ampullaire).

Les deux autres localisations laissent le sphincter intact.

Le cancer de l'ampoule peut s'étendre à toute la hauteur de la portion ampullaire ou n'en occuper qu'une zone; c'est également là qu'on observe le plus souvent les plaques limitées à une paroi du rectum.

Cette fixation des limites supérieure et inférieure du cancer n'est pas théorique; on peut tirer grand profit de l'exploration manuelle du petit bassin par l'incision iliaque; cette même

exploration, après nous avoir renseignés sur le confinement du néoplasme aux parois rectales et sur l'étendue des adénopathies, va servir à déterminer les limites du cancer. La limite inférieure est d'ordinaire facilement donnée par le toucher rectal aidé, chez la femme, du toucher vaginal. La limite supérieure, incertaine par tous les autres procédés d'exploration, dont maints sont dangereux, ne peut être fournie que par le haut. La main, introduite jusque dans le cul-de sac de Douglas, palpe et reconnaît de suite le boudin dur formé par le rectum dégénéré : on mesure avec l'index la distance qui sépare le fond du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin de la limite supérieure du cylindre dur ; on mesure également la distance qui s'étend de ce dernier, pris en arrière, à l'angle sacro-vertébral. On sait que cet angle est à 5 ou 6 centimètres du bord supérieur de la troisième vertèbre sacrée, à 5 centimètres environ par conséquent de la pointe du mésorectum. On en déduit aisément l'envahissement ou l'intégrité de l'anse sigmoïde.

Si l'induration ne fait qu'affleurer le cul-de-sac, on conclut qu'il s'agit d'un cancer intrapéritonéal (première variété de notre cancer limité) ; si elle la déborde, sa distance à la troisième sacrée d'une part, au cul de-sac péritonéal d'autre part, nous montre si l'ampoule seule ou si l'ampoule avec la portion sus-ampullaire participent à la néoformation.

Le diagnostic du siège et de l'étendue ainsi précisé, reste le choix du procédé opératoire à opposer à chaque variété.

Cancer recto-sigmoïde. — Il est certain qu'on peut enlever tout le rectum et une partie de l'anse oméga par la brèche sacro-coccygienne de Kraske, voire même par la voie périnéale et sans aucun sacrifice osseux. Il n'en est pas moins vrai que, si le cancer est élevé, on peut se heurter à des difficultés insurmontables, difficultés telles qu'elles ont obligé à ouvrir le ventre pour pouvoir terminer l'extirpation. Par la voie abdominale seulement, on peut être sûr de détacher et d'extirper, sans ouvrir l'intestin, des cancers qui occupent l'union de l'anse oméga et du rectum. De plus, il est incontestable que la voie abdominale se prête seule à l'extirpation de ganglions préhypogastriques.

La voie abdomino-périnéale enfin se prête à la création d'un anus iliaque définitif ; elle met donc à l'abri de l'infection

post-opératoire une immense plaie, comme celle qui résulte de l'enlèvement de 20 à 30 centimètres d'intestin.

Une extirpation plus facile et plus étendue, la possibilité d'être aseptique pendant et après l'acte opératoire, voilà les avantages incontestables de l'opération abdomino-périnéale appliquée aux cancers recto-sigmoïdes.

A quel procédé donnera-t-on la préférence ? Celui de Chalot modifié paraît actuellement le meilleur : amorcer la libération recto-colique par le ventre en position inclinée après incision latérale, terminer en une seule séance par la voie périnéale, aboucher le bout colique dans l'incision iliaque, rejeter l'anus fessier de Giordano.

Cancer rectal limité. — A. *Cancer bas placé.* — Il est absolument inutile de sacrifier aucune partie du squelette ; on a trop généralisé l'emploi des résections osseuses. La voie périnéale convient très bien à des extirpations de 8, 10 et 12 centimètres ; elle est donc la voie de choix pour les cancers dont la limite supérieure ne dépasse pas 8 à 9 centimètres. Si on ajoute la résection coccygienne, on arrive à enlever aisément 12 et 15 centimètres, c'est-à-dire la totalité du rectum; cette voie donne un accès suffisant sur les ganglions de la concavité sacrée ; elle est applicable, avec quelques modifications, à l'extirpation des cancers ano-ampullaires qui ont partiellement envahi la prostate.

Le bout du rectum devra être fixé au périnée à la place de l'anus normal, un peu en arrière, ou à la place du coccyx, suivant l'étendue de la résection rectale.

Peut-on, pour les cancers non circonférentiels de la région anale ou de la moitié inférieure de l'ampoule, ou encore, pour les tumeurs végétantes, employer les voies naturelles comme voies d'accès ? Il vaut mieux procéder du dehors en dedans, de manière à exciser toute l'épaisseur des parois rectales au niveau du point d'implantation, la muqueuse parût-elle seule prise : l'incision ano-coccygienne serait ici de mise et la réparation immédiate sans réunion de la peau tout indiquée.

B. *Cancer moyen ou ampullaire.* — Le choix de la voie d'accès n'est pas douteux ici, c'est la voie sacrée qu'il faut prendre.

Quelle est la meilleure incision cutanée, quelle est la meilleure brèche osseuse ?

Il importe peu, selon nous, que le malade repose sur le côté droit (Kraske), ou sur le côté gauche (Hochenegg), ou dans la position dorso-sacrée ; le tracé de l'incision a plus d'intérêt ; c'est un fait d'observation, en effet, que les incisions portant sur la ligne médiane ont une grande tendance à rester fissuraires ; aussi, donnons-nous la préférence aux incisions courbes, et en particulier à une incision en U, qui, suivant le bord gauche du sacrum et du coccyx, vient, sous la pointe de ce dernier, se recourber et remonter un peu moins haut en dehors du bord sacro-coccygien gauche.

Le lambeau cutané en U disséqué et relevé, nous avons le choix entre les procédés de résection temporaire et les procédés de résection définitive. La résection temporaire aurait tous les avantages si on pouvait sans danger, le cancer une fois enlevé et les bouts traités convenablement, rapprocher les parties osseuses séparées et obtenir une restauration parfaite ; mais, comme nous sommes absolument d'avis de laisser la brèche ostéo-cutanée ouverte, les opérations ostéoplastiques n'ont plus autant leur raison d'être. Le procédé de Heineke, modifié par Jeannel, garde cependant cet intérêt, même non suivi de réunion osseuse, qu'il découvre rapidement et sans perte de sang, la face postérieure du rectum ; nous l'avons plusieurs fois utilisé avec succès. Ces réserves faites, nous nous rallions à la résection de Kraske, à la condition de n'ajouter à la résection du coccyx et du sommet du sacrum qu'au fur et à mesure des besoins de la dénudation de la tumeur.

Nous sommes opposés aux incisions osseuses transversales et élevées de Rose et de Bardenheuer, les cas qui les nécessiteraient étant justiciables de la voie abdominale combinée.

La tumeur découverte, le rectum est libéré partout ; quelle est la conduite à tenir ? Ici une subdivision du cancer ampullaire est indispensable.

a. Le cancer n'est qu'une petite plaque limitée à une paroi, ou il s'agit d'une tumeur végétante ou d'un sarcome pédiculé.

Pour ces cas tout à fait spéciaux, nous avons autorisé exceptionnellement l'ouverture de l'intestin, l'extirpation devant être suivie d'une suture complète de l'incision intestinale.

b. Le cancer forme une plaque assez étendue, mais non circonférentielle, ou un anneau complet, mais de peu de hauteur.

Après résection du segment entre deux ligatures élastiques, nettoyage des bouts et protection de la plaie contre la surface de ces bouts, on peut accomplir l'opération de Kraske type, c'est-à-dire avec restauration fonctionnelle, mais il faut pour cela qu'avec des décollements restreints, l'affrontement des bouts soit possible sans traction : pas de délabrements préalables, accolement des deux bouts sans traction, voilà la formule qui traduit le mieux notre pensée.

Dans ces conditions fort restreintes, on réussit très bien une suture circulaire complète avec un double plan muco-muqueux et musculo-musculaire, et un gros drain dans le rectum, même s'il survient une garde-robe intempestive le troisième ou le quatrième jour.

S'il faut tirer sur les deux bouts pour les accoler, on a grandes chances d'échouer ; eût-on recours à tous les perfectionnements imaginés par Morestin, Perron, Villar ou bien au bouton de Murphy, il faudrait se résigner à une fistule sacrée qui n'est que la moindre de toutes les complications à redouter. Lorsque la résection a porté sur un segment peu éloigné du sphincter, peu étendu, mais trop grand déjà pour l'affrontement sans traction, on est dans de bonnes conditions pour faire un Hochenegg, c'est-à-dire invaginer le bout rectal supérieur à travers l'inférieur.

Nous limitons donc le Hochenegg à ces cas précis où la descente de l'intestin jusqu'à l'anus ne s'accomplit pas aux dépens de ses chances de vitalité.

c. Le cancer est étendu à toute l'ampoule.

L'attaque aura lieu par la voie sacrée, après libération préalable de la face antérieure du rectum, par la voie périnéale chez l'homme, par la voie vaginale chez la femme.

Le péritoine est ouvert, l'intestin abaissé au maximum, de façon à dépasser largement les limites du cancer.

La résection entre deux ligatures élastiques s'accomplit avec les mêmes minutieuses précautions que précédemment.

Comment traiter les deux bouts? Affronter circulairement les deux bouts rapprochés de force, c'est aller au-devant d'un échec certain et s'exposer aux pires accidents d'infection pelvienne ; tenter la descente du bout supérieur à travers le défilé sphinctérien, c'est risquer la gangrène primitive ou secondaire du bout mobilisé ou dénudé ; il ne reste pour ces cas que deux solutions : l'une à laquelle se sont résignés la plu-

part des chirurgiens, c'est l'anus sacré ; l'autre est la suppression pure et simple du bout supérieur. En dehors de ses inconvénients au point de vue fonctionnel, l'anus sacré a ce tort impardonnable d'être un danger imminent pour la plaie voisine : nos préférences absolues sont pour l'anus iliaque définitif et la suppression du bout supérieur ; or cette suppression est obtenue avec le moins de frais et le plus rapidement possible par le retournement ou invagination de bas en haut à travers l'anus iliaque.

Quant au bout inférieur, on peut fermer en bourse son orifice supérieur afin de l'isoler de la plaie.

C. *Cancer sus-ampullaire.* — Les conclusions précédentes sont applicables au cancer sus-ampullaire, variété rare en tant que limitation aux 2 ou 3 centimètres qui séparent l'ampoule de l'anse oméga.

D. *Cancer total.* — On a de grandes facilités de commencer la dissection du cancer par la voie périnéale, de la poursuivre ensuite par la voie sacrée, les sacrifices osseux étant progressivement étendus ; l'orifice anal a été bien entendu fermé tout d'abord, c'est par là qu'on commence. Lorsque, le péritoine ouvert, l'intestin descendu, on a eu amputé le rectum entre deux ligatures le plus haut possible, on supprime le bout supérieur par retournement et on adopte l'anus iliaque définitif.

En résumé :

1° Nous réservons l'opération périnéo-abdominale au cancer recto-sigmoïde.

2° Nous conseillons la voie périnéale par le procédé de dénudation prérectale, à tous les cancers anaux ou ano-ampullaires ne débordant pas le cul-de-sac péritonéal, avec constitution d'un anus périnéal ou coccygien.

3° Dans les cancers de l'ampoule, nous distinguons quatre variétés :

a. Les cas de limitation extrême du néoplasme autorisant une conduite chirurgicale exceptionnelle, « ouverture de l'ampoule, résection de la plaque et fermeture complète ; »

b. Les cas de plaques non circonférentielles ou d'anneaux de peu de hauteur permettant, après résection entre deux ligatures élastiques, l'affrontement des deux bouts sans traction et leur suture circulaire ;

c. Les cas de cancers peu éloignés du sphincter, peu étendus, mais déjà de trop grandes dimensions pour qu'après

résection on puisse affronter les deux bouts sans traction ; ces variétés sont justiciables du procédé de Hochenegg;

d. Enfin les cas, de beaucoup les plus fréquents, où le cancer a envahi la plus grande partie de l'ampoule : à ceux-là conviennent la voie sacrée comme voie d'attaque, le retournement comme traitement du bout supérieur.

4° Dans les cancers occupant la totalité du rectum, l'extirpation se fait par la voie périnéale, à laquelle on ajoute la résection coccygienne et au besoin une brèche sacrée ; le retournement est le plus simple et le plus sûr moyen de se débarrasser du bout supérieur.

Traitement palliatif. — Nous serons brefs sur les opérations palliatives. On peut les ranger sous trois chefs :

1° Opérations ayant pour but d'élargir directement le passage rétréci par la tumeur ;

2° Opérations destructives des bourgeons néoplasiques ;

3° Opérations détournant le cours des matières.

1° La *rectotomie linéaire*, préconisée par Verneuil, est aujourd'hui à peu près abandonnée. Ses résultats immédiats sont bons, mais le passage est bientôt obstrué par des végétations nouvelles. Elle n'est, de plus, possible que dans les cas où l'on peut dépasser la sténose avec le doigt. Enfin elle ne préserve pas le cancer du passage des matières et ne diminue en rien les écoulements. Aussi n'est-elle applicable qu'aux cas où il existe des foyers purulents périrectaux se vidant mal ; elle a alors pour objet la complication plus que le cancer.

2° Les *opérations destructives de la tumeur* (cautérisations actuelles ou potentielles, curetage) facilitent aussi le cours des matières et rendent le ténesme moins pénible, en même temps qu'elles diminuent l'écoulement. Mais leur action est de courte durée, et, de plus, elles ne sont pas exemptes de dangers. Ce curetage a été suivi d'accidents, d'hémorragie intense entraînant le collapsus, septicémie aiguë, péritonite, etc. Ses dangers, joints à ce fait que l'amélioration qu'il donne n'est que de courte durée, font qu'on n'a que rarement l'occasion d'y recourir.

Nous croyons cependant que le curetage peut rendre des services dans certains cas bien déterminés, s'il est associé à l'anus iliaque : c'est lorsqu'il s'agit de cancers peu élevés, infiltrés, avec écoulement abondant. Le curetage n'a plus alors pour but d'élargir le conduit rectal ; il intervient pour rendre

possible le nettoyage d'une plaie infecte et la débarrasser de bourgeons saignants et suppurants. La curette ne doit agir que sur un segment rectal sous-jacent au cul-de-sac péritonéal.

3° Le vrai traitement palliatif du cancer du rectum est la *colostomie iliaque*, dont la supériorité sur les autres variétés d'anus artificiel est bien établie depuis les travaux de Verneuil.

Opération des plus bénignes, elle épargne au malade les douleurs de la défécation, elle ralentit la prolifération de la tumeur et est suivie très rapidement d'une diminution considérable des écoulements ; elle supprime souvent les diarrhées incoercibles qui avaient résisté à toutes les médications. Aussi est-elle aujourd'hui généralement acceptée.

Les seules conditions que doit remplir cet anus sont d'être pourvu d'un éperon suffisant pour empêcher les matières de passer dans le bout inférieur, et si possible d'un sphincter musculaire pour éviter l'incontinence des matières. Comme, en général, l'opération ne présente pas un caractère d'urgence absolue, on peut, suivant le précepte de Maydl, opérer en deux temps.

Lorsque l'anus iliaque n'est que la suite d'une opération exploratrice, l'incision pariétale doit évidemment mesurer une certaine étendue pour permettre à la main de pénétrer dans l'abdomen, et l'on doit alors, au moment de la fixation de l'intestin dans la plaie, fermer partiellement par des sutures son incision. Il n'en est pas de même lorsque l'examen du malade a montré que seule l'opération palliative était permise. Dans ce cas, il n'y a plus d'exploration nécessaire, partant l'incision peut être petite. Le mieux est alors de faire, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-postérieure gauche, une incision parallèle à la direction des fibres du grand oblique ; un coup de sonde cannelée ayant séparé les fibres de celui-ci, on place deux écarteurs suivant la direction des fibres du petit oblique ; nouveau coup de sonde cannelée dissociant les fibres de celui-ci, deuxième paire d'écarteurs écartant les fibres du petit oblique en une boutonnière ayant la direction des fibres du transverse. Nouveau coup de sonde, on arrive sur le péritoine qu'on incise et l'on va chercher le côlon, qu'on amène dans la plaie et dont on transfixe le méso avec une pince de Kocher, qui ramène un rouleau de gaze iodoformée. Comme on le voit, seuls la peau et le péritoine ont été incisés, les muscles ont été dissociés en étoile. On a ainsi un véritable sphincter

musculaire, et les malades, le plus souvent, n'ont qu'une ou deux garde-robes par jour. Peu importe du reste le procédé; tous sont bons, pourvu qu'ils assurent la formation d'un éperon.

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Girard. — *Résection totale du maxillaire supérieur sans ouverture de la cavité buccale.* (Congr. franç. de chir. Paris, 18 oct. 1897).

Dans une série de cas de tumeurs malignes, Girard a employé le procédé suivant : Après avoir enlevé, quelques jours avant l'opération, les dents avariées du côté atteint, on tamponne solidement la cavité nasopharyngienne et l'ouverture nasale postérieure du côté malade. L'incision de la peau de la face se fait, selon les cas, d'après un des procédés connus, mais en évitant de faire descendre l'incision jusqu'à ouvrir le repli muqueux labio-bucco-gingival. Dans sa partie inférieure l'incision doit partir de la narine en suivant au début le sillon naso-labial et en se dirigeant ensuite un peu plus horizontalement. Elle pénétrera jusque sur l'os

Par cette portion inférieure de l'incision, on décolle d'abord sans l'ouvrir le repli muqueux labio-buccal-gingival, puis la gencive en contournant le bord alvéolaire du maxillaire. On arrive ainsi avec quelque précaution à décoller le revêtement périosto-muqueux de la voûte du palais du côté malade en dépassant un peu la médiane, sans produire de perforation.

Ce décollement opéré, la résection de l'os maxillaire se fera suivant les règles habituelles. Toute l'opération a pu se faire jusqu'ici sans pénétration directe du sang dans la bouche ; il n'y peut arriver que ce qui a pu déborder par-dessus la lèvre et entrer dans l'orifice buccal, ce que l'on peut facilement éviter.

La cavité opératoire ayant été garnie de tampons et l'incision faciale suturée et fermée, s'il y a lieu avec autoplastie, au moyen d'un lambeau fronto-temporal, on fait sortir les extrémités de la gaze du tamponnement par la narine ou par l'angle externe de l'incision dans le pli naso-labial, de manière qu'on puisse l'extraire et la remplacer facilement.

Appareil de l'innervation

Devic et P. Courmont. — *Gliome cérébral.* (Rev. de Médec., avril 1897.)

Cette tumeur, enlevée par trépanation, occupait la région frontale droite. 4 mois plus tard hémiplégie gauche et mort. A l'autopsie on a noté un foyer d'encéphalite avec trombose de la sylvienne.

Kempner et Fragstein. — *Gliome cérébral.* (Berl. Klin. Woch. 1897.)

Homme de 62 ans, atteint de céphalalgie, vomissements, vertige, héminopsie gauche. Mort. A l'autopsie on a trouvé un gliome situé entre la bandelette optique droite et le lobe occipital droit.

Nonne. — *Sarcome du cervelet et sarcomatose multiple de la pie-mère spinale.* (Soc. méd. Hambourg, 16 mars 1897.)

Enfant présentant le syndrome classique des tumeurs du cervelet; à l'autopsie on a trouvé un sarcome du cervelet, une sarcomatose diffuse de la pie-mère spinale, une hydrocéphalie interne, une hydrocéphalie externe, et une pleurésie gauche avec oblitération du péricarde.

Appareil de la digestion

1° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Mathieu. — *Trois cas de cancer succédant à l'ulcère de l'estomac.* (Soc. méd. d. hôp. Paris, 30 juill. 1897.)

Mathieu communique trois observations de cancer de l'estomac ayant succédé à un ulcère. Dans deux cas les signes d'ulcère s'étaient montrés dix ans auparavant ; chez l'un des malades le diagnostic du cancer ne fut pas fait avant la laparotomie ; chez l'autre il avait été porté près de deux ans avant la mort. Dans le troisième cas l'ulcère avait précédé de deux ans le cancer.

Sur les trois malades on a trouvé au centre des lésions cancéreuses la trace de l'ulcère primitif. Ce serait donc sur le pourtour de ce dernier que prendrait naissance le néoplasme. Deux fois il s'est agi de carcinome et une fois d'épithéliome cylindrique.

Sématzky. — *Méthodes de gastro-entérostomie dans les rétrécissements pyloriques.* (Cong. de Moscou et Méd. mod., 4 septembre 1897.)

Les observations cliniques prises au lit du malade prouvant que l'arrivée du contenu du duodénum dans la cavité stomacale, produite par l'anastomose entérogastrique, provoque des vomissements biliaires opiniâtres, qui conduisent fatalement le malade à la mort tôt ou tard après l'opération, l'auteur estime que l'opération de la gastro-entérostomie, telle qu'elle est généralement exécutée à l'heure actuelle, n'a point de raison d'être. Cette opération doit être effectuée de la manière suivante :

Le jéjunum est réséqué d'une façon tout à fait transversale ; de son bout inférieur (l'efférent) on forme ensuite un canal anastomotique (conduit gastro-jéjunal), qu'on réunit au moyen de sutures à l'estomac, tandis que le bout supérieur (l'afférent) de l'intestin est réuni avec son bout inférieur (l'efférent) [entéro-anastomose] à une distance de 12-16 centimètres de l'anastomose stomacale.

Par cette disposition on arrive à empêcher, tant que la chose est possible, l'arrivée de la bile dans l'estomac.

Czerny. — **Van Iterson.** — *Chirurgie de l'estomac et de l'intestin.* (Cong. de Moscou et Médec. mod., 4 septembre 1897.)

Czerny, dans le cancer de l'œsophage, n'a pas obtenu de cure radicale par la résection, mais la gastrostomie lui a donné d'excellents résultats.

Pour le pylore la pylorectomie lui a fourni 10 pour 100 de guérisons radicales. Mais il est très important de faire un diagnostic précoce. Quand la pylorectomie n'est pas possible, la gastro-entérostomie est une excellente opération palliative qui équivaut parfois à la guérison.

Enfin, la résection du rectum cancéreux lui a donné 20 à 25 pour 100 de guérisons radicales. Quant à la colotomie, elle est indiquée lorsque l'ablation est impossible.

Van Iterson, se basant sur une statistique personnelle de :

16 gastrostomies avec 12 guérisons et 4 morts (après 7, 8, 9, et 10 jours) ; 20 gastro-entérostomies avec 19 guérisons et 1 mort (après 34 jours) ; 2 résections du pylore dont 1 guérison depuis 16 mois et 1 mort (après 29 jours) ; 1 jéjunotomie, mort par volvulus (après 14 jours) ; 2 résections intestinales, 2 guérisons ; 10 anus artificiels avec 9 guérisons et 1 mort (après dix jours), opérations toutes pratiquées sans anesthésie générale, conclut qu'il y a grand avantage pour les rétrécis du tube digestif à être opérés sans sommeil au chloroforme ou à l'éther. On évite ainsi le collapsus si redouté dans les premiers jours après l'opération, et les vomissements post-opératoires si dangereux, tout en diminuant considérablement les chances d'hypostase pulmonaire.

Hirtz et G. Luys. — *Ascite chyleuse et cancer de l'estomac.* (Soc. méd. des hôpit., 8 octobre 1897.)

Observation d'une femme qui entra à l'hôpital avec une ascite abondante : la ponction donna issue à un liquide blanc laiteux, dont l'analyse chimique affirma la nature chyleuse.

A l'autopsie on trouva un cancer considérable de l'estomac, propagé au pancréas, aux ganglions périgastriques et se continuant sous forme d'une gangue épaisse tout le long de l'aorte jusqu'à la naissance des artères rénales. L'examen histologique du néoplasme permit d'affirmer qu'il s'agissait d'un épithélioma typique.

Il est très vraisemblable que l'ascite chyleuse a été sous la dépendance de déchirures du canal thoracique, bien que l'existence de ces déchirures ne put être démontrée.

A. Moulonguet. — *Résection du rectum avec abaissement à l'anus du bout supérieur.* (Cong. franç. chir. Paris, oct. 1897.)

Depuis 1890 l'auteur amène le bout supérieur de l'intestin dans l'anus après avoir réséqué et enlevé le bout ano-rectal sous-jacent au néoplasme.

La fixation du bout supérieur au pourtour anal doit être préférée à la suture intestinale chaque fois que la portion d'intestin ano-rectale sous-jacente au néoplasme n'a point une étendue trop considérable dépassant 5 à 6 centimètres.

L'abaissement du bout supérieur de l'intestin et sa fixation dans le sphincter anal intact paraissent, quand cela est possible, le meilleur traitement du cancer annulaire du rectum et doivent être préférés à la création d'un anus artificiel coccygien, périnéal, ou iliaque avec retournement du bout supérieur.

Mais on doit renoncer à cet abaissement chaque fois qu'il pourrait compromettre la vitalité de l'intestin et entraîner sa mortification. Dans l'appréciation de ce danger il faut tenir compte de l'aspect et de l'état des parois de l'intestin. Il est des intestins amincis, pâles, qui ne sauraient supporter le moindre tiraillement, ni la moindre modification dans leur apport nutritif. Il en est, au contraire, qui, à tuniques épaisses, bien colorées, présentent des dangers beaucoup moindres de mortification et de gangrène.

Vautrin. — *Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin (rectum excepté).* (Médec. moderne, 3 nov. 1897.)

Le traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin comprend : la résection de l'intestin, l'entéro-anastomose. Le procédé de choix paraît devoir être la résection sans fixation de l'intestin à la paroi. La résection doit être faite à l'aide du thermocautère pour la section de l'intestin, mais avec les ciseaux pour le mésentère, en faisant la forcipressure des

vaisseaux successivement rencontrés. La ligature en masse du mésentère prédispose aux accidents de sphacèle secondaire, si fréquents au cæcum. L'entérorraphie doit être pratiquée à l'aide de deux plans de sutures en surjet entrecoupées par des points de retour à chaque centimètre, le premier plan est séro-muqueux, le deuxième séro-séreux. Cette suture est rapide et sûre, elle est de beaucoup préférable aux plaques et aux boutons anastomotiques.

L'anus contre nature doit être uniquement réservé aux cas d'urgence, où des accidents aigus d'obstruction exigent l'intervention. Secondairement la résection reprend ses droits, dès que les premiers accidents sont calmés.

Lorsque la tumeur est inopérable, il faut recourir à l'entéro-anastomose, préconisée sous le nom d'exclusion de l'intestin. Cependant, si l'état général du malade est un obstacle à l'exclusion de l'intestin qui nécessite une entérorraphie circulaire sans résection du segment intestinal malade, on aura comme ressource l'entéro-anastomose simple.

La résection sera fréquemment indiquée dans les tumeurs du cæcum et de l'S iliaque, tandis que l'entéro-anastomose ou l'exclusion de l'intestin sera plus souvent employée pour les tumeurs du côlon transverse.

Sternberg. — *De l'incision recto-vaginale dans les opérations sur le rectum.* (Centr. bl. f. chir. Mars 1897.)

D'après Sternberg, Gernusy a opéré, par le procédé suivant, 14 malades (12 cancers et 2 rétrécissements) 13 succès ; 1 mort par péritonite.

Le premier temps de l'opération consiste, après asepsie préalable du champ opératoire, en l'incision de la cloison recto-vaginale sur la ligne médiane. Cette incision comprend dans tous les cas le sphincter du rectum. Puis on pénètre dans la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement ou du néoplasme et l'on se rend exactement compte de l'étendue du mal. On fait de nouveau la toilette de l'intestin et on le tamponne aussi haut que l'on peut, après quoi l'on prolonge l'incision de la cloison autant qu'il est besoin pour pouvoir isoler la tumeur. Cet isolement se pratique sur toute la circonférence du rectum, autant que possible sans instrument tranchant et à l'aide du doigt seul. On passe alors à la résection ou à l'amputation du rectum, suivant l'étendue du néoplasme, et l'on extirpe en même temps le tissu périrectal ainsi que les ganglions lymphatiques qu'on y trouve. Le champ opératoire est très accessible, la malade étant dans la position de la lithotomie. Dans certains cas on est obligé d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas, ce qui peut se faire sans inconvénient sérieux, pourvu que l'on établisse ensuite un drainage suffisant.

L'opération rectale terminée, on procède à la réunion des deux lambeaux de la cloison recto-vaginale. Ce temps de l'opération s'effectue

d'après les règles de la colporraphie postérieure, au moyen d'une suture en étages au catgut stérilisé par la formaline. L'extrémité du rectum est fixée dans l'angle postérieur de l'incision périnéale. Si le bout rectal était trop court, il faudrait établir un anus parasacré, en abouchant l'extrémité du rectum dans une nouvelle incision cutanée pratiquée au niveau du sillon ano-coccygien.

F. Marsh. — *Résection du côlon pour carcinome.* (Midl. Med. Society. Londres, 9 mars 1897.)

Femme de 32 ans. Accidents d'obstruction intestinale chronique. Palper abdominal négatif. Laparotomie : On constate une tumeur de l'S iliaque. L'incision médiane est fermée et l'incision de la colotomie iliaque est pratiquée. Fixation de l'intestin par le procédé de Marsh ; le lendemain incision de l'intestin et quelques jours plus tard ablation de la tumeur et anus contre nature dont la fermeture a lieu trois mois plus tard. Il s'agissait d'un adéno-carcinome.

Babès et Nanu. — *Myosarcome de l'intestin grêle.* (Berl. Klin. Woch. 1897.)

Homme présentant des accidents d'obstruction intestinale, datant de 2 mois. Laparotomie ; ablation d'une tumeur d'une anse intestinale. Il s'agissait d'un myosarcome.

Appareil de la circulation

Goldmann. — *Envahissement des veines par le cancer.* (Berl. Klin. Woch., 1896.)

Goldmann a étudié le mode d'envahissement des veines par le cancer, et il montre que cet envahissement s'effectue de trois manières :

1° Dans la lumière des veines demeurées perméables au sang, on peut trouver des cellules cancéreuses, et ces cellules, de même que l'endothélium, ne provoquent pas la coagulation du sang ;

2° La tumeur peut gagner la paroi veineuse et se propager tantôt sous l'endothélium, tantôt à travers les assises musculo-conjonctives qui constituent la paroi ;

3° Enfin, il arrive qu'on soit en présence de veines thrombosées. En pareil cas, le thrombus est parfois traversé par du tissu cancéreux.

Il faut noter que cet envahissement des veines se fait aussi bien au niveau de la tumeur mère qu'au niveau des tumeurs métastatiques ; il existe parfois, dès le début, des cancers alors que les cellules ne constituent pas encore une tumeur appréciable.

Tuffier. — *Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections.* (Cong. franç. chir. Paris, octobre 1897.)

L'auteur, après avoir rapporté quelques faits favorables à cette méthode thérapeutique, conclut ainsi : Les ligatures artérielles constituent, avec les procédés actuels de la chirurgie, des moyens inoffensifs. Il serait utile de reprendre leur étude dans le traitement de certains néoplasmes inopérables et dans certaines infections. Les organes ne possédant qu'un petit nombre de pédicules vasculaires sont ceux qui bénéficieront le plus de cette méthode. Certaines tumeurs bénignes, comme les fibromes, peuvent en tirer grand bénéfice, quand nos procédés si perfectionnés d'exérèse seront mis en défaut, ou quand la castration sera contre-indiquée. Les épithéliomas et leurs complications peuvent donner lieu à des indications de ligature atrophiantes, soit pour remédier à des hémorragies ou à des douleurs, soit pour limiter ou entraver l'évolution de la tumeur. Des faits de cancer de l'utérus ont été ainsi améliorés dans des proportions encourageantes. Certaines hypertrophies organiques, comme la mégalosplénie, paraissent justiciables du même procédé.

Les infections localisées peuvent être attaquées dans certains cas par les ligatures vasculaires. Dans les phlébites des sinus et dans certaines infections veineuses du membre inférieur, la ligature du bout cardiaque du vaisseau a donné de bons résultats. L'oblitération vasculaire se propose dans ces cas d'empêcher le déversement continu de produits toxiques dans la circulation générale. Les ligatures artérielles trouvent de même leur indication, quand il est permis d'espérer qu'elles tariront la source même des toxines. Ce sont là sans doute des faits exceptionnels ; mais ils méritent d'être étudiés à nouveau.

Appareil de la respiration

P. Berger. — *Epithéliome aberrant de la thyroïde.* (Congr. franç. de chir. Paris, 18 octobre 1897.)

Femme de 26 ans, portant une tumeur cancéreuse ulcérée du cou. Cette tumeur, du bord inférieur de la mâchoire, arrive à la clavicule et au sternum qu'elle déborde ; elle s'étend de la nuque, où elle pénètre profondément sous les muscles, à la ligne médiane antérieure au niveau de laquelle elle déjette la trachée et le larynx en sens opposé. Elle est profonde, mais indépendante des organes de la région sur lesquels elle est mobile. Fluctuante en arrière, elle présente en avant un envahissement manifeste de la peau et des ulcérations végétantes caractéristiques ; par ces ulcérations se font des hémorragies qui mettent la vie en danger.

Cette tumeur, d'abord profonde, a mis six ans à s'accroître peu à peu ; elle ne peut être considérée que comme un épithéliome.

Ablation de la tumeur le 13 février ; au cours de l'opération qui fut excessivement difficile, on constate l'indépendance absolue de la trachée, du larynx, de l'œsophage, de la thyroïde qui sont intacts, la fusion complète de la tumeur avec la jugulaire interne qu'il faut enlever dans toute sa longueur en dénudant dans la même étendue la carotide et le pneumogastrique. En arrière et en haut, la tumeur envoie un prolongement résistant en arrière de la carotide externe jusque vers l'apophyse.

La guérison se fit sans incident, mais lentement, en raison de l'étendue de la perte de substance.

Cette tumeur, qui est formée de masses de consistance et d'aspect gélatineux, est histologiquement constituée par des vésicules indépendantes les unes des autres. présentant l'aspect et les caractères des vésicules du corps thyroïde, une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique, un contenu colloïde, séparé par places du revêtement cellulaire par les produits de sécrétion des cellules. Dans l'intérieur de ces vésicules font saillie des végétations constituées au centre par un tissu conjonctif en continuité avec le stroma fibreux de la tumeur, à la surface par l'épithélium de revêtement des follicules refoulé dans la cavité par la prolifération du tissu conjonctif.

Ces masses épithéliales s'enfoncent dans le tissu cellulaire ambiant qui présente des lésions d'irritation chronique ; on y retrouve les premières ébauches de ces formations épithéliales sous forme de boyaux cellulaires pleins, ne renfermant pas encore de cavités.

Le tout représente absolument les caractères que Cornil a décrits en 1865 comme ceux de l'épithélioma du corps thyroïde, et rappelle la structure des tumeurs que Wölfler a désignées sous le nom d'adénomes malins, d'adéno-carcinomes de cette glande. C'est un épithélioma thyroïdien ayant pris son origine en dehors de la glande thyroïde elle-même, dans un lobe aberrant, dans une thyroïde accessoire latérale due à une déviation du bourgeonnement épithélial.

Ainsi l'on doit désormais, dans les épithéliomes profonds du cou, dans les tumeurs de la gaine vasculaire de Langenbeck, distinguer deux variétés anatomiques distinctes, ayant une origine embryogénique comparable mais non identique : les épithéliomes branchiogènes et ceux auxquels on peut donner le nom d'épithéliomes thyroïdiens aberrants.

Appareil de la sécrétion urinaire

Albarran et L. Bernard. — *Cancer d'origine parasitaire.* (Gaz. hebd. Paris, 8 juillet 1897.)

Observation d'un cancer de la vessie, dû à la présence des œufs de Bilharzia hæmatobia. Cette vessie offre des parois extrêmement épaissies.

une cavité très rétrécie, et à l'intérieur de celle-ci une tumeur assez volumineuse.

Au microscope, la muqueuse a partout subi un développement papillaire de sa surface analogue à celui de certaines leucoplasies ; au niveau de la tumeur, les coupes présentent nettement l'aspect de l'épithélioma lobulé. Dans toutes, la distribution des œufs commande d'une manière évidente celle de la prolifération épithéliale. Il ne peut s'agir là que d'un cancer provoqué par les œufs ; la nature parasitaire de l'agent du néoplasme ne peut guère être mise en doute.

Rotter. — *Carcinome de la vessie et kyste de l'ouraque.* (Gaz. hebd. Paris, 22 avril 1897.)

Homme de 43 ans, atteint d'une tumeur de la paroi antérieure de la vessie et d'une autre tumeur située au-dessus du pubis : une ponction de cette dernière donna un liquide qui contenait des cellules épithéliales et des cristaux de cholestérine. La laparotomie a montré que la première tumeur située entre le péritoine et les muscles de la paroi abdominale était un kyste. La vessie fut ensuite ouverte et dans son intérieur on trouva une tumeur pédiculée qui s'attachait à l'extrémité inférieure du kyste. La tumeur pédiculée était un carcinome.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Verstraete. — *Lymphadénome testiculaire. Tumeur abdominale secondaire.* (J. Sc. méd. Lille, 15 octobre 1897.)

Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet de 33 ans atteint d'une énorme tumeur de la bourse gauche et d'une autre tumeur indépendante, siégeant dans l'hypocondre gauche ; à l'autopsie on a constaté que le néoplasme abdominal dépendait des ganglions du hile du rein et des ganglions mésentériques et que la seconde tumeur occupait le testicule. La rate est également dégénérée Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome généralisé aux ganglions mésentériques et à la rate.

Chavannaz et **Michel.** — *Carcinome encéphaloïde du testicule gauche en ectopie inguinale. Castration.* (J. méd. Bordeaux, 11 avril 1897.)

Homme de 34 ans, réformé pour testicule gauche en ectopie inguinale. En 1896 premières douleurs dans l'aine suivie de la descente du testicule

qui a lieu en trois mois. Actuellement tumeur carcinomateuse de l'organe avec envahissement du cordon. Castration. Quinze jours plus tard développement d'une masse ganglionnaire en avant des vertèbres lombaires.

E. Tailhefer. — *Propagation d'un épithélioma de la prostate aux corps caverneux.* (Gaz. hebd. Paris, 26 août 1897.)

Homme de 47 ans. Troubles divers de la défécation et de la miction ; amaigrissement. Tumeur du lobe gauche de la prostate. Adénopathie inguinale bilatérale. Taille suspubienne qui montre que la prostate et la vessie sont envahies par le néoplasme : curetage, cautérisation et création d'un méat hypogastrique. Mort par infection urinaire. Parmi les légions constatées à l'autopsie l'envahissement des corps caverneux par l'épithélioma est à relever.

Mariachess. — *Sarcome de l'urètre. Émasculation totale.* (Médecine mod., nov. 1897.)

Jeune homme de 22 ans, chez qui une induration de la région pénienne prit un développement rapide et gêna bientôt la miction ; le scrotum fut bientôt envahi et 4 mois après le début la rétention d'urine s'établit et la vessie se distendit jusqu'au-dessus de l'ombilic. Une urétrotomie interne fut pratiquée d'abord, puis quelques jours après des incisions périnéales furent nécessitées par une infiltration de l'urine ; enfin, la tumeur ayant continué à évoluer, on pratiqua l'amputation du pénis, la castration double et une extirpation des ganglions inguinaux, faisant, en outre, une urétrostomie périnéale. Les suites furent satisfaisantes et 10 jours après le malade quittait l'hôpital. Trois mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

Binaud et **Chavannaz.** — *Sur une forme singulière de cancer de l'urètre.* (Congr. d'urologie et Médecine mod., 10 nov. 1897.)

Il s'agit d'un homme de 54 ans ayant une déformation singulière de la verge. Ce qui frappe à la simple inspection, c'est l'existence d'une brusque coudure siégeant à 4 centimètres du méat. Le pénis se trouve ainsi divisé en deux portions inégales. L'une comprenant les deux tiers postérieurs de l'organe se dresse parallèlement à la paroi abdominale comme dans l'érection. L'autre formée du gland et de la partie immédiatement sous-jacente est rejetée en bas et à droite, elle est flasque. Le segment antérieur a sa consistance normale. Le segment postérieur présente, au contraire, une zone indurée qui occupe l'épaisseur même de l'urètre. Par le passage d'un explorateur à boule n° 17 il y a une urétrorragie abondante. Le malade quitte l'hôpital, puis y revient 1 mois après avec tous les signes apparents de l'infiltration d'urine dans l'étage inférieur. Le sujet subit l'urétrotomie externe et succomba 40 jours après cette opération.

A l'autopsie, l'urètre examiné à partir du méat est sain dans ses 4 premiers centimètres. Au delà, il est augmenté de volume, induré, et sa face interne est irrégulière. Un trajet fistuleux, creusé dans l'épaisseur de la bourse gauche, vient s'ouvrir à l'origine de l'urètre pénien. En arrière de ce trajet l'urètre se perd dans une masse cancéreuse qui se confond avec lui et remonte jusque dans la moitié inférieure de la prostate. Dans sa partie supérieure, l'urètre prostatique redevient nettement visible. Le corps caverneux droit est sain ; le gauche offre un noyau cancéreux de 2 centimètres de longueur. La vessie et le rectum sont indemnes.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde.

2° Organes génitaux de la femme.

G. Bouilly. — *Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus.* (Semaine gyn., 11 mai 1897.)

En une période de 10 ans 1/2 (1886-1896), Bouilly a pratiqué 127 fois l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus ; 25 opérées ont succombé rapidement, 36 ont été perdues de vue ou incomplètement suivies, il en reste donc 66 sur lesquelles portent les renseignements ; sauf quatre opérées au-dessous de 30 ans, toutes les autres avaient dépassé cet âge.

L'hystérectomie n'a donné chez ces malades aucune guérison radicale ; il n'y a eu que guérison temporaire, du moins pour les femmes opérées à une date ultérieure à deux ans. Les survies les plus longues ont été de six ans, de cinq ans, de quatre ans, de deux ans (deux cas). La survie la plus courte a été de trois mois. Deux conditions font prévoir une récidive fatale et rapide : Le jeune âge de la malade et l'état des tissus au moment de l'intervention (grossesse et suites de couches). En ce qui concerne le siège du néoplasme, les résultats sont à peu près les mêmes pour le cancer du corps et celui du col.

Bien que la guérison paraisse tout à fait exceptionnelle et bien que la récidive soit la règle, comme beaucoup de malades bénéficient de l'intervention, Bouilly estime que, pour le moment, l'hystérectomie vaginale est la meilleure des opérations palliatives contre le cancer de l'utérus.

J. Vitrac. — *Fibrome malin ou fibrome-sarcome de l'utérus.* (J. méd. Bordeaux, 8 août 1897.)

Tumeur du poids de 8 kilog. 850, enlevé sur une fille de 34 ans. Dans son intérieur, on trouvait des cavités, quelques-unes simples lacunes, d'autres véritables kystes dont la surface était également villeuse. Le liquide des cavités était jaune citrin. Le tissu pathologique

avait envahi tout le corps de l'utérus, et les végétations obturaient le col à trois centimètres de son orifice.

Les coupes ont montré au niveau des villosités un peu de tissu fibreux et une grande abondance de tissu embryonnaire. Le tissu musculaire est absent dans la masse de la tumeur ; dans le col resté sain. on voit une sclérose péri-fasciculaire et péri-fibrillaire qui envahit la couche musculaire. Mais, dans toutes ces coupes aucune modification de l'endothélium vasculaire.

D'après ces lésions il semble qu'il s'agit de l'évolution d'un sarcome encore très limité en de petits îlots et d'un fibrome malin.

Chavannaz. — *Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire.* (J. m. Bordeaux, 27 juin 1897.)

Cette tumeur enlevée sur une femme de 56 ans est formée d'une vaste poche, dans l'intérieur de laquelle se trouve une masse du volume d'une petite mandarine, formée de poils fins, entremêlés et détachés de la peau. Cette poche a des parois d'épaisseur extrêmement inégale ; minces en avant, elles atteignent en bas et en arrière une épaisseur de trois centimètres et demi. En ce point, la tumeur forme une masse du volume d'un gros poing d'adulte. Le liquide kystique est verdâtre ; son aspect est celui du pus.

Les coupes pratiquées montrent que la paroi est formée d'une couche conjonctive surmontée d'un épithélium pavimenteux stratifié. Par places, cet épithélium a proliféré, et on peut le voir se continuer avec des bourgeons épithéliaux qui pénètrent dans l'épaisseur de la paroi conjonctive et donnent la structure typique de l'épithélioma pavimenteux tubulé. C'est là un exemple rare de dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Pichevin et Pettit. — *Leucoplasie vulvo-vaginale.* (Semaine gynéc., 24 août 1897.)

La leucoplasie vulvo-vaginale, qui présente certaines lésions caractéristiques, constitue une entité pathologique distincte.

Divers auteurs ont déjà insisté à maintes reprises sur la dégénérescence cancéreuse de la plaque leucoplasique ; la plupart d'entre eux considèrent l'épithélioma, en quelque sorte, comme un accident de l'évolution de la leucoplasie ; au contraire, si on se base sur les faits signalés ci-dessus, il semble rationnel d'admettre que la dégénérescence cancéreuse est bien plutôt un stade ultime de l'évolution de la leucokératose vulvo-vaginale ; en effet, sur les plaques les plus jeunes (ou les plus petites) provenant de la première observation, on constatait uniquement des lésions de nature leucoplasique ; en revanche, sur les plaques parvenues à un stade plus avancé, au sein même des éléments hyperkératinisés, on assistait au développement de noyaux épithéliomateux : il est intéressant de signaler cette évolution du tissu leucoplasique méconnu

jusqu'à ce jour ; des travaux récents, en effet, il paraît résulter, que le développement du tissu épithéliomateux impliquait un bourgeonnement du corps de Malphigi, une fissure, etc ...

D'après le matériel étudié par nous, il semble qu'on doive compléter cette notion par le fait suivant : la possibilité de la transformation directe des tissus leucoplasiques en tissus épithéliomateux. Toutefois, une remarque s'impose : c'est la lenteur de l'évolulion de certains cancers ainsi développés ; une malade traitée par nous présente de l'épithélioma (diagnostic histologique) vaginal depuis six ans sans altération sensible de sa santé.

En dernière analyse, il résulte des faits cliniques et anatomo-pathologiques qu'on doit considérer la leucoplasie vulvo-vaginale comme une entité pathologique distincte à la fois de la vaginite sénile et du kraurosis vulvæ. Cette affection présente des rapports tellement étroits avec le cancer qu'on est tenté de considérer la leucoplasie et le cancer comme deux stades évolutifs d'un même processus.

En tout cas, la définition exacte, clinique et anatomo-pathologique de la plaque leucoplasique vulvo-vaginale permet le diagnostic précoce et, par suite, le traitement chirurgical en temps opportun de la lésion comportant les mêmes chances de succès que ceux qui ont été obtenus dans nombre de cas de leucokératose buccale.

J. E. Janvrin. — *Choix de l'opération dans les cancers du col et du corps de l'utérus.* (The am. gyn. J. Mai 1897.)

Après discussions portant sur les indications et contre-indications de l'ablation des utérus cancéreux et sans se prononcer sur la valeur de l'ablation par le galvano-cautère, qu'il a peu expérimenté, l'auteur conclut ainsi :

L'hystérectomie vaginale est indiquée seulement dans les cas où les lésions sont limitées au col et à la muqueuse de la portion supérieure du vagin ou lorsque, primitivement développées dans ces points, les lésions se sont étendues à la muqueuse utérine elle-même.

Toutes les fois qu'il y aura des doutes sur la propagation des lésions au-delà des limites précitées, vers le parametrium, les replis du ligament large, les ovaires ou le cul-de-sac, l'opération abdomino-vaginale est la meilleure, s'il y a lieu d'intervenir par une opération radicale.

Généralités

Bosc. — *Pathogénie et histogenèse du cancer et des maladies à sporozoaires* (*clavelée*, *variole*, *vaccine*, *syphilis*, *trachome*). (Médecine mod., 18 septembre 1897.)

L'auteur a réussi à inoculer au chien des tumeurs à coccidies fréquentes dans le foie des lapins et à des cobayes, des lapins, des chiens,

des tumeurs coccidiennes que l'on trouve dans le rein des escargots. En pulvérisant ces tumeurs et en pratiquant des injections extra-veineuses, il a pu dans quelques cas obtenir de véritables infections généralisées.

Il a été frappé de la ressemblance qui existe entre ces tumeurs coccidiennes et les tumeurs malignes de l'homme communément appelées cancers. Celles-là sont transmissibles aussi aux animaux et l'on sait qu'à plusieurs reprises on a décrit dans ces tumeurs la présence d'éléments figurés ressemblant beaucoup à des coccidies.

Ces éléments ne paraissent pas différents de ceux que l'on trouve dans les tumeurs coccidiennes du lapin et de l'escargot. Quelle que soit la forme histologique de la tumeur, quels que soit le tissu et l'animal sur lequel elle a pris naissance, ces éléments mobiles et cultivables sont sensiblement les mêmes, et l'auteur pense que la diversité des tumeurs malignes vient beaucoup plus de la diversité des tissus et des animaux que de la diversité des causes qui paraissent être toujours une coccidie.

On retrouve encore des produits analogues dans les maladies non microbiennes et dont l'allure est cependant tout à fait parasitaire : la clavelée, la vaccine, la variole, la syphilis, le trachome, la malaria.

Si l'on admet l'origine coccidienne des tumeurs malignes il faut admettre la possibilité de la contamination. Les coccidies sont très répandues dans la nature et notamment dans le corps de beaucoup d'animaux servant à l'alimentation. Les mouches, moustiques (dont la piqûre peut être le point de départ d'épithélioma), les eaux croupissantes, l'herbe, en renferment aussi. La contagion d'homme à homme est sans doute possible.

En résumé, Bosc pense qu'il existe, à côté de la série des maladies microbiennes aujourd'hui bien connues, une série de maladies à sporozoaires ayant cela de commun qu'elles ont une marche chronique et que, si elles se développent lentement, elles ne quittent pas aisément l'organisme qu'elles ont envahi. Elles débutent généralement par un point d'inoculation d'où elles gagnent le reste de l'organisme et peuvent, suivant les circonstances, évoluer à la façon de maladies locales ou générales.

Dubarry. — *Guérison d'un épithélioma de la face par des injections interstitielles de bleu de méthylène.* (Normandie méd., 1er avril 1897.)

Femme de 57 ans, atteinte d'un épithélioma de la face dont le début remonte à 18 ans, et dont l'accroissement progressif est tel qu'il occupe tout le côté droit du menton. Traitement par la solution au dixième de bleu de méthylène, une injection de un à deux grammes en plein tissu malade tous les deux jours pendant trois mois. Diminution de moitié de la masse néoplasique. Pendant les trois mois suivants on n'a plus pratiqué qu'une ou deux injections par semaine. Guérison ; à la place de l'ulcération existe une cicatrice solide de la largeur d'une pièce de deux francs. Pas de récidive dans les six mois qui suivent.

Douvrin. — *Sarcome de cuir chevelu avec propagation ganglionnaire.* (J. Sc. méd. Lille, 7 août 1897.)

Jeune homme de 18 ans. La maladie a débuté il y a cinq mois par une petite saillie noirâtre au niveau de la tempe gauche. Ablation avec l'ongle plusieurs fois répétée, puis avec le bistouri. Récidive rapide. La tumeur, de la grosseur d'un marron, offre les caractères du sarcome et est accompagnée d'une masse ganglionnaire sous-maxillaire et cervicale. Ablation de la tumeur et de la chaîne des ganglions. Le microscope confirme l'existence d'un sarcome à petites cellules embryonnaires.

C. Nicolle et **A. Hébert.** — *Sarcomes cutanés multiples. Guérison par les injections interstitielles d'acide arsénieux.* (Normandie méd., 1er septembre 1897.)

Homme de 32 ans, non syphilitique, présentant sur différents points du corps (membres et tronc) 16 petites tumeurs cutanées, dures, élastiques et indolores ; la peau offre une teinte brune ou violacée. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas d'autres lésions. Traitement interne par frictions mercurielles et KI (2 gr.) : Traitement externe par injection d'acide arsénieux deux fois par semaine dans chaque tumeur (8 milligr. d'acide arsénieux environ à chaque séance). Au bout de trois semaines disparition de certaines tumeurs ; diminution notable des autres.

Le traitement interne est suspendu et le traitement externe continué pendant près de 2 mois, époque à laquelle la guérison est complète. Pas de récidive au bout de 3 mois.

G. Brunner. — *Traitement des tumeurs malignes par le sérum sanguin.* (Médec. mod. 6 fév 1897).

Brunner publie quatre observations de tumeurs traitées par la sérumthérapie. Le sérum était obtenu de la façon suivante :

Un ostéosarcome a été trituré avec 4 fois son volume de solution stérilisée de sel marin à 0.7 pour 100; puis filtré sur le filtre de Kitasato; 1 à 3 cc. de ce liquide étaient injectés à un mouton pendant plusieurs jours de suite; puis par manque de liquide on s'est servi du liquide obtenu par trituration d'un sarcome avec une solution physiologique de sel marin; on en injectait 5 à 10 cc. à la fois. Enfin l'extrait d'un ostéosarcome malin était injecté à la dose de 10 à 30 cc. — En préparant ces extraits l'auteur tâchait de ne prendre que les tumeurs, dont la surface pouvait être parfaitement stérilisée, afin d'éviter l'action secondaire des toxines des microbes qui souillent les néoplasies ulcérées. — Les injections n'ont provoqué aucune réaction. — Onze jours après la dernière injection on recueillit aseptiquement le sérum du mouton injecté et après y avoir additionné 3 pour 1000 d'acide phénique, on le filtra,

on y ajouta quelques gouttes de chloroforme. Le liquide ainsi obtenu était absolument stérile.

I. Dans le premier cas traité par ce sérum, il s'agissait d'un angio-sarcome plexiforme de l'orbite inopérable, chez un garçon de 14 ans ; la tumeur remplissait toute l'orbite; le malade souffrait d'insomnies rebelles, de douleurs violentes de l'extrémité céphalique et avait des vomissements après chaque repas. Les injections furent faites tous les jours ou tous les deux jours, à la dose de 5, 6, 8, 10 cc. Déjà après quelques injections, l'état général du malade fut notablement amélioré, les douleurs et les vomissements cessèrent, l'insomnie diminua notablement. Les injections étaient à peine douloureuses et ne provoquaient d'abord aucune réaction, mais à partir de la dixième elles donnaient lieu à un léger œdème de courte durée au niveau du point injecté. — Dès qu'on eut cessé les injections, tous les phénomènes généraux et subjectifs revinrent et la tumeur, dont l'aspect n'avait pas été modifié par les injections, se mit à augmenter rapidement de volume. — L'influence favorable des injections de sérum ne pouvait être attribuée à la suggestion, puisque l'injection d'une solution physiologique de sel marin n'a donné aucun résultat.

II. Malade de 43 ans, atteint de squirrhe du sein gauche, avec quelques nodules dans la glande du côté droit, œdème du membre gauche, gêne de la respiration et douleurs.

Les injections de sérum faites tous les 3 jours à la dose de 3 cc. amélioraient les phénomènes subjectifs pendant deux jours et le troisième tous les troubles revenaient. Au bout de douze jours (après quatre injections), lorsque le malade quitta, sur sa demande, l'hôpital, on pouvait constater la diminution des nodules métastatiques, mais la tumeur principale ne changea pas d'aspect.

Les deux autres malades furent traités avec du sérum d'un chien auquel on avait injecté l'extrait d'un cancer de sein non ulcéré.

III. Malade de 62 ans, épithélioma ulcéré de la face très étendu. Injections de 5-6 cc. tous les 2-3 jours; en deux mois et demi il a été injecté 70 cc.; les douleurs cessèrent complètement; — la surface de l'ulcère se détergea et il devint beaucoup moins saignant, sans cependant tendance à la cicatrisation; l'état général devint excellent, aussi la malade demanda-t-elle à quitter l'hôpital; — cependant, si les intervalles entre les injections étaient plus grands, tous les phénomènes morbides revenaient.

IV. Malade de 68 ans, carcinome de la face et des fosses nasales ayant envahi le voile du palais; injection de 3 à 5 cc. de sérum tous les 3-5 jours; comme résultat, retour du sommeil et cessation des douleurs, mais pas de changement de l'aspect de la tumeur.

En résumé on peut tirer de ces observations les conclusions suivantes :

1) Le sérum bien préparé ne provoque (à la dose 5-10 cc.) aucun trouble local ni général.

2) Il ne paraît avoir aucune influence sur le taux d'hémoglobine, ni sur les hématies.

3) Tous les phénomènes subjectifs, provoqués par la tumeur, sont très bien influencés par les injections de sérum et, à ce point de vue, le sérum donne de meilleurs résultats que tous les autres palliatifs.

4) La surface des néoplasies ulcérées se déterge et les hémorrhagies diminuent pendant les injections.

5) Le sérum n'agit que pendant 2 à 5 jours; et, à défaut d'une nouvelle injection, il y a retour de tous les troubles.

6) Le sérum ne semble avoir aucune influence sur l'état de la tumeur.

Richmond. — *Sarcome de l'avant-bras chez un membre d'une famille de cancéreux.* (Path. Soc. of Manchest., 10 mars 1897.)

Jeune fille atteinte d'un sarcome périostique de l'avant-bras. Amputation. Comme antécédents héréditaires, la grand'mère paternelle était morte d'un cancer du sein; un oncle paternel d'une tumeur de la cuisse; une tante maternelle d'un cancer du sein et une autre tante d'un cancer de l'utérus.

Thèses et brochures

J. F. Gorgon. — *Epithéliomatose et sarcomatose mélaniques cutanées.* (Thèse de Paris, nº 322, 1897.)

Après avoir noté que l'hérédité paraît avoir une certaine part dans le développement de l'affection, l'auteur fait cependant remarquer que l'on est aujourd'hui enclin à mettre en avant la nature infectieuse. Il décrit spécialement cette forme qui se caractérise par une pigmentation plus ou moins foncée, à marche tantôt lente, tantôt rapide, passant par les trois phases de début, de généralisation cutanée et de généralisation viscérale. Toutes les couches de la peau, tous les tissus peuvent être envahis par l'épithéliomatose et la sarcomatose.

Le diagnostic en est parfois assez difficile; il devra reposer sur les caractères cliniques et sur les données de la biopsie et de l'histologie. Aucun traitement curatif n'est applicable; on ne peut que combattre les symptômes de l'affection.

Segall. — *Contribution à l'etude histologique de la mole hydatiforme et du déciduome malin.* (Thèse Paris, 1896).

Ce travail, qui renferme un certain nombre d'examens personnels, se termine par les conclusions suivantes :

La môle hydatiforme n'est pas un myxome des villosités choriales. Le stroma des vésicules jeunes est formé de tissu conjonctif muqueux, equel existe aussi à l'état normal.

Les éléments de ce stroma ne sont pas en prolifération. Dans la môle, on voit que le stroma des vésicules est tantôt œdémateux, plus chargé de mucine, tantôt il est frappé de nécrose, surtout dans les grandes vésicules, ce qui contribue à leur transformation cavitaire.

Le déciduome malin est une néoplasie dans la structure de laquelle nous trouvons les deux éléments de revêtement des villosités choriales (syncytium et cellules de Langhans). De par sa structure, le déciduome malin n'est pas un sarcome, mais un épithélioma d'origine mixte, materternelle et fœtale. Les éléments néoplasiques envahissent le muscle utérin, ayant d'abord détruit la sérotine. Les fibres musculaires de l'utérus sont également détruites et dissociées, et de proche en proche, la néoplasie arrive au contact des parois des vaisseaux qui subissent le même sort. Ce mode d'envahissement explique la présence des nodules néoplasiques dans l'intérieur des veines, ainsi que les métastases éloignées.

G. Texier. — *Indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement de l'épithélioma du col de l'utérus.* (**Thèse de Bordeaux,** 1897.)

1° Les indications les plus importantes de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement du cancer de l'utérus seront fournies par l'étendue de la lésion. Il faudra, pour la délimiter, un examen méthodique et très complet L'hystérectomie est indiquée, quelque minime que soit la lésion. L'envahissemen secondaire du corps seul n'est pas une contre-indication ; quand le col est envahi en entier, il faut être très réservé et n'intervenir qu'après s'être très assuré de l'intégrité du paramètre, des ligaments larges, des fonctions urinaires et de la facilité probable de l'opération par la mobilité et l'abaissement facile de l'utérus. Enfin, quand on a acquis la certitude que l'épithélioma a dépassé les limites de l'utérus, l'hystérectomie est formellement contre-indiquée.

2° Les formes anatomiques les plus malignes sont la forme interstitielle et la forme ulcéreuse. Il importe d'être très prudent dans les interventions dirigées contre elles. La forme végétante évolue moins vite et donne des résultats opératoires beaucoup plus favorables.

3° La marche plus ou moins rapide de la maladie ne donne aucune indication particulière ; tout dépend de l'étendue de la lésion.

4° Des douleurs localisées au niveau de l'utérus n'ont pas de signification pronostique grave ; les douleurs irradiées ou à distance, quand elles sont fixes et tenaces, sont le plus souvent le résultat d'une propagation du néoplasme Elles doivent faire pencher en faveur de l'abstention. L'hystérectomie ne les soulage que d'une façon incomplète et passagère.

5° L'albuminurie est due presque toujours à une néphrite interstitielle consécutive à la compression des uretères, elle est une contre-indication formelle de l'hystérectomie. La simple diminution des principes solides de l'urine rendra le chirurgien méfiant, sans toutefois l'empêcher d'entreprendre une intervention radicale

6° Les hémorrhagies sont une indication de l'hystérectomie : ou celle-ci sera facile et on pourra intervenir presque en pleine hémorrhagie, ou elle s'annonce difficile et pénible ; il faudra d'abord tarir les pertes de sang, tonifier la malade et enlever plus tard l'utérus, s'il en est encore temps.

7° L'état de l'utérus comporte quelques indications particulières :

a) *Grossesse* : Quand la lésion est limitée, extirper l'utérus par le vagin, soit directement, soit après avoir évacué son contenu s'il est trop volumineux par une opération préliminaire (accouchement provoqué, opération césarienne). Si la lésion ne peut être toute enlevée, se borner à des soins médicaux et provoquer l'avortement, si l'état de la malade fait supposer que la grossesse ne pourra aller assez loin pour donner un enfant viable ;

b) Les inflammations et les déviations de l'utérus bénéficieront de l'hystérectomie vaginale : c'est une indication qui vient se joindre à celle de l'épithélioma ;

c) La coexistence du fibrôme et du cancer n'est pas très rare ; les indications se basent sur le volume du fibrôme ; quand celui-ci peut être enlevé par le vagin, c'est le procédé de choix ; sinon on l'enlèvera par l'abdomen.

8° Les lésions annexielles sont rares au cours du cancer du col ; celles que l'on rencontre sont : le cancer secondaire de l'ovaire, qui est motif d'abstention formelle ; les affections inflammatoires ne pourront que bénéficier de l'hystérectomie. Les kystes de l'ovaire peu volumineux pourront être extraits par le vagin avec l'utérus : sinon on pratiquera l'ovariotomie par la voie abdominale, soit dans la même séance que l'hystérectomie, soit plus tard.

9° Les inflammations aiguës du péritoine pelvien contre-indiquent temporairement l'hystérectomie ; les inflammations chroniques l'indiquent au contraire.

10° Le rétrécissement du vagin, lorsqu'il n'est que peu ou pas dilatable, oblige de recourir à la voie abdominale.

11° L'état général fournit plusieurs indications :

a) Les troubles cachectiques, surtout ceux qui sont dus aux hémorragies, bénéficieront de l'hystérectomie ;

b) L'âge de la malade ne contre indique l'hystérectomie que lorsqu'il est très avancé et que la lésion évolue très lentement ;

c) Parmi les différentes diathèses, le diabète est le seul dont l'influence soit bien connue ; elle est néfaste et contre-indique formellement l'hystérectomie ;

d) Les lésions des principaux organes de l'économie : foie, cœur, etc., sont constantes à une période avancée de la maladie ; mais à la période chirurgicale, elles sont peu accusées et très difficiles à reconnaître. Diagnostiquées, elles commandent l'abstention.

A. Deroyer. — *Des tumeurs solides du cordon spermatique.* (Th. de Paris, n° 349, 1897.)

Le cordon peut être le siège de différentes tumeurs : lipomes, fibromes, sarcomes, myxomes, épithéliomes.

Les lipomes sont les plus fréquents. Ils se présentent sous deux formes : 1° petits lipomes inguinaux ; 2° gros lipomes extra-inguinaux, lipomes vrais du cordon qui naissent de la portion épididymaire de cet organe. Ils peuvent simuler des hernies, des varicocèles, des tumeurs liquides.

Les fibromes sont très rares ; cependant il en existe quelques observations authentiques.

Les tumeurs malignes comprennent des tumeurs conjonctives, sarcomes et myxomes, et des tumeurs épithéliales, carcinomes. Les sarcomes sont aussi fréquents que les lipomes, on doit les rapprocher des myxomes, car ils peuvent se combiner avec eux ou leur succéder. On les observe sous forme de sarcomes purs ou de tumeurs mixtes ; lipomes sarcomateux, sarcomes myxomateux. Tous les éléments du cordon peuvent leur donner naissance, même le tissu cellulaire interstitiel du crémaster. C'est dans la portion juxta-épididymaire du cordon qu'ils naissent habituellement Leur diagnostic est souvent difficile, car ils peuvent simuler des fibromes ou des myomes, suivant qu'ils évoluent selon le type fibreux ou le type musculaire (observation personnelle). Les sarcomes n'atteignent pas le système lymphatique, ils détruisent plus ou moins complètement les éléments du cordon et englobent le testicule qui reste sain. Les carcinomes sont rares, et comme il n'en existe pas d'observation probante, il est permis de mettre en doute leur existence à ce niveau.

Le traitement des tumeurs du cordon consiste en une extirpation hâtive : nécessaire dans les lipomes parce que, au début, ils n'ont pas encore dissocié leurs éléments du cordon, indispensable dans les tumeurs malignes à cause de la généralisation possible.

G. Gauthier. — *De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac.* (Thèse de Lyon, 1897.)

L'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac est le suivant, d'après cinquante et une observations recueillies par M. Bard, de 1885 à 1896 :

Cœur atrophié, plus de la moitié des cas ; cœur normal, un sixième des cas ; cœur hypertrophié, plus du quart des cas.

L'atrophie est le plus souvent extrême; l'hypertrophie, au contraire, le plus souvent moyenne.

La cause de l'atrophie du cœur est généralement la cachexie néoplasique; l'hypertrophie est due à des lésions valvulaires vasculaires et surtout rénales.

L'atrophie du cœur prénomine chez les jeunes; l'hypertrophie chez les vieillards, ce qui tient à la plus grande fréquence des lésions rénales chez ces derniers.

La durée moyenne du cancer et l'état du cœur paraissent évoluer parallèlement dans leurs variations avec l'âge. En analysant les faits, il semble bien qu'après avoir éliminé les principales causes capables d'influer sur la durée (âge, malignité du néoplasme, maladies intercurrentes), il existe encore une corrélation manifeste entre la durée du cancer et l'état du cœur.

Zelensky. — *Conduite à tenir dans les grossesses compliquées de cancer de l'utérus*. (Th. de Saint-Pétersbourg, 1897.)

Si l'affection cancéreuse n'est pas bien étendue, il vaut mieux laisser l'accouchement s'accomplir spontanément, en ne recourant qu'à un certain nombre de mesures (douches chaudes, forceps) que dans les cas de nécessité absolue.

Si la néoformation n'est pas limitée au bord externe du col, mais a déjà envahi une petite portion du segment vaginal, il faut, dans le cas où l'accouchement se ralentit, enlever la portion atteinte et terminer l'accouchement.

Si la néoformation a envahi une portion considérable du col en laissant toutefois intacts les organes voisins et le tissu cellulaire, il faut dans l'intérêt même du fœtus et de la mère faire l'opération césarienne avec hystérectomie consécutive.

L'opération césarienne tout à fait au début de l'accouchement est indiquée là où les lésions sont tellement étendues qu'il est impossible de songer à enlever la portion altérée.

P. Finet. — *De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum*. (Thèse de Paris, 1896, n° 541.)

I. — Il existe en assez grand nombre des faits de guérison de cancers du rectum par l'exérèse, dont quelques-unes ont été obtenues alors que le néoplasme avait déjà contracté des adhérences et qu'il existait de l'infection ganglionnaire.

Cela n'a rien d'étonnant, puisque le cancer du rectum reste longtemps limité aux parois rectales, que la généralisation est rare et très tardive, et que les ganglions, du moins pendant les premières phases d'infection ganglionnaire, sont, grâce à la disposition anatomique de la région, à la portée de nos moyens d'exérèse.

Il est permis d'espérer qu'on augmentera notablement la proportion de ces cas de guérison. Pour cela il faut opérer de bonne heure, ne pas craindre de pratiquer une large exérèse rectale sans trop se préoccuper du rétablissement de la fonction, enlever les ganglions suspects et, en conséquence, choisir de préférence les méthodes qui permettent d'explorer ces ganglions et d'en faire l'extirpation.

Même en cas de récidive, on procure par l'extirpation une survie plus longue et un soulagement plus appréciable, que par les opérations palliatives

Les infirmités post-opératoires ne sont pas telles qu'elles rendent la vie insupportable à l'opéré.

On peut du reste, dans une certaine mesure, les prévenir par certains détails opératoires, et les pallier par des moyens médicaux ou chirurgicaux.

En raison de la fréquence des récidives, on ne doit pas faire courir aux opérés des risques qui ne soient pas en rapport avec les avantages qu'on peut leur offrir.

La mortalité opératoire, presque nulle pour les opérations périnéales, est encore élevée pour les opérations par la voie sacrée.

Les perfectionnements de la technique ont abaissé et abaisseront encore davantage le taux de la mortalité.

II. — La situation élevée du néoplasme n'est plus une contre-indication à l'opération. Nos moyens d'exérèse nous permettent d'enlever le rectum tout entier.

L'adhérence des néoplasmes aux organes et aux parois du bassin a beaucoup plus d'importance au point de vue des résultats définitifs et même des résultats opératoires. L'expérience nous ayant appris que des tumeurs adhérentes pouvaient être enlevées avec un grand bénéfice pour le malade, il faudra pour se prononcer faire intervenir d'autres éléments d'appréciation, tirés de l'état général et de la résistance du sujet.

La généralisation, et même l'existence de ganglions lombaires et prévertébraux, si elles sont constatées, sont des contre-indications absolues.

Dans l'extirpation de tout cancer du rectum, il y a trois points d'inégale importance :

La mise à nu du néoplasme, l'extirpation, la restauration fonctionnelle.

En se plaçant au point de vue de l'extirpation et de la restauration fonctionnelle, il est logique de diviser les néoplasmes du rectum en néoplasmes sus-sphinctériens et en néoplasmes ano-rectaux.

Les premiers peuvent être enlevés par simple résection du rectum ; ils permettent la conservation du sphincter et la restauration intégrale de la fonction.

Les autres nécessitent l'amputation du rectum et la création d'un anus chirurgical, périnéal, sacré ou iliaque.

L'infection opératoire ou post-opératoire constitue l'écueil de toute exérèse rectale.

L'infection opératoire est également à craindre dans les néoplasmes sus-sphinctériens et ano-rectaux.

Pour la prévenir. il faut extirper le rectum entre ligatures et sans l'ouvrir.

L'infection post-opératoire est beaucoup plus difficile à éviter dans la résection des cancers sus-sphinctériens.

La suture circulaire donne des insuccès très nombreux qui tiennent à l'infection, aux tiraillements produits au niveau de la suture par le passage du bol fécal, à la rétraction et à la gangrène du bout supérieur.

Si le néoplasme est peu étendu, situé à peu de distance au-dessus du sphincter, il faudra employer l'invagination avec suture selon le procédé de Moulonguet, ou la suture circulaire avec section du sphincter et conservation d'un anneau de rectum sain selon le procédé de Carl Koch.

Si le néoplasme est plus élevé et s'il n'existe un segment étendu de rectum sain entre le sphincter et la tumeur, il ne faudra faire la suture circulaire que sous le couvert de l'anus iliaque préliminaire. Si le bout supérieur du rectum s'abaisse difficillement, on devra se résigner à l'anus sacré.

Les néoplasmes ano-rectaux même étendus devront être enlevés de préférence par la voie ano-sacrée.

Les voies abdomino-périnéale et sacro-abdominale n'ont encore pour elles que des faits malheureux : il est impossible de se prononcer.

De toutes les voies que l'on peut suivre pour extirper les cancers du rectum, la voie sacrée est celle qui permet d'explorer et d'enlever le plus facilement les ganglions.

Les voies anale, ano-périnéale, vaginale, ont cependant quelques indications bien définies.

Dans les cas de néoplasmes circonscrits et bien limités à une petite portion du cylindre rectal, on fera l'excision, avec suture de l'intestin, en suivant la voie qui permettra d'aborder le plus facilement le néoplasme.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1897.

Appareil de la locomotion

Boyd (F.). Sarcome du fémur et du tibia (Clin. J. London, X, 89). — Claisse. Ostéosarcome de l'humérus (Soc. anat. Par., 287). — Griffith. Ostéosarcome (Kans. City M. Index, 120). — Grimard. Du sarcome de l'os iliaque (Thèse Bordeaux). — Schwartz. Diagnostic de l'ostéomyélite et du sarcome du fémur (Rev. gén. de chir. Par., 339).

Appareil des sens spéciaux

Amicis (de). Sarcomatose cutanée (Cong. de Moscou, août). — Best. Ein fall von choroïdealsarkom (M. Ges. Giessen, 11 mai). — Borde. Cancroïde de la face guéri par des applications arsénicales (Soc. méd. et chir. Par., juillet). — Campanini. Adéno-épithélioma des glandes sudoripares (Il. policl. Roma, 220). — Dubar. Epithéliome pavimenteux de l'oreille (Soc. anat. Par., 9 juillet). — Filaretopoulo. Traitement des épithéliomes de la peau (Méd. orient. Par., 63). — Fraenkel (E.). Tumoren maligne des choroinepithals (Sam. klin. Vort., Leipz., 881). — Gennaro (G.). Sarcome mélanique idiopathique de la peau (Riv. sucala di med. Palermo, 73). — Gottheil (W.). C... de la peau (Int. J. surg.. N.-York., 140). — Greene (D.). C... et sarcome du nez (M. News, N.-Y., 173). — Gross. Falle von ausged. Gesichts core (Ver. der. aerzte Hall., 7 juli). — Hirschberg. Schwammkrebs der Iris (Ann. d'opht., Heidelb , 122). — Hutchinson (J.). Sarcome de la peau (Edinb. M. J., 482). — Meisling (A.). Sarcome de l'œil (Nord. arch., Stockholm, 14). — Mayweg. Irissarkom (Opht. Gezell., Heidelb., aug. 5). — Nicolle. Sarcomes cutanés multiples (Normandie Méd., 380). — Nieden. Sarcome de la choroïde (Arch. opht. N.-Y,, 264). — Niese (E.). Sarcome de la choroïde (Arch. opht., Leipzig, 261). — Sattler. Sarcome de l'orbite (Opht. Rec., Chicago, 290). — Strous (A.). Sarcome du limbe cornéen (Arch. opht., N.-Y., 217). — Teillais. Sarcomes de l'orbite (Gaz. m., Nantes, 120). — Van Duyse. Leucosarcome de l'iris (Arch. opht., Par., 209). — Veasey (C.). Sarcome de la caroncule lacrymale (Arch. opht., N.-Y., 204).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Antona (d'). Sarcome du pharynx et de l'œsophage (Arch. Soc. ital. chir., Roma, 353). — Audry. Epithélioma sur lupus de la muqueuse buccale (Arch. méd., Toulouse, 295). — Brennan (T.). C... primitif de l'œsophage (Un. M , Canada, 335). — Brindel. Epithélioma pavimenteux de la langue (J. méd., Bordeaux, 18 juillet). — Castan (G.). Epithélioma et leucokératose linguale (Soc. anat., Paris, 320). — Cecherelli (A.). Traitement des strictures de l'œsophage, etc. (XII[e] Congr., Moskou, aug. 21). — Chrumsky. Id., id. — Coley. Sarcome de la lèvre (Iort. Erad., N.-Y., 346). — Czerny. Traitement des strictures de l'œsophage (Berl. Klin. Woch., 733). Dagris (B). C... de la lèvre (West. M. Rec., Lincoln, 173). — Garzia (V.). Adénome naso-pharynx (Cirillo, Anersa, 22). — Gibson (C.) C... de la lèvre (Deut. Cosmos, Phila., 437). — Hitzig (Th.). C... de l'œsophage (Deut. M. Woch., Berl., 577). — Kader. Stricture de l'œsophage (Cong. Moscou, aug. 21). — Kronlein. C... du pharynx (Arztl Centr., Lüzern, 12 juin). — Moreno Zanendo. C... de l'œsophage (Rev. med. et chir., Madrid, 539).

2° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Abbe (Fr.). C... du pylore (Ann. Surg.. Phila., 744). — Albu. C... de l'intestin et traumatisme (Ver. f. inn. Med., Berl., 5 juli). — Angelesco. C... du côlon et rétrécissement (Soc. anat., Par., 241). — Badoloni. C... de l'estomac (Gaz. degli osp., Milano, 705 et 740). — Baillet. C... primitif du duodénum (Soc. anat., Par., 712). — Bell. (J.). C... du rectum (Montreal M. J., 929). — Cardarelli (A). C... de l'estomac (Clin. Med. Pisa, 173). — Hahn. C... du rectum (Berl. klin. Woch., 476). — Herczel (M.). C... du pylore (Orn. Hel. Budapest, 182). — Hervé. C... du gros intestin (J. m. Bordeaux, 11 juillet). — Heydenreich. C... du rectum chez la femme (Cong. de Moscou, 19 août). — Julliard C... de l'estomac (Rev. M. de la Suisse rom., Genève, 393). — Keen (W.). Tuberculose et C... de l'estomac (Ann. Surg., Phila., 750). — Kraske (P.). C... du rectum (Samm. klin. Vort., Leipzig, 771). — Luys (G.). C... du rectum (Soc anat., Par., 142). — Mathieu. Trois cas de C... consécutifs à un ulcère de l'estomac. (Soc méd. hôpit., Par., 30 juillet). — Nailev (H.). C... du pylore (Brit. M. J. Lond., 1178). — Petroff (A.). C... de l'intestin (Cong. Moscou, 19 août). — Pollnow. C... de l'intestin (Ver. f. inn. med., Berl., 5 juli). — Quénu. C... du rectum (Ann. Microg., Par., 145). — Rafin. C... du cœcum (Lyon méd., 513). — Raymond (T.). C... du pylore

(Limousin Méd., 50). — SABRAZÈS. C... de l'estomac et gangrène des extrémités (Congr. Moscou, 19 août). — VAN ITERSON (J.). Rétrécissements C... du tube digestif (Id., id.). — VITRAC. C... du rectum et hématurie (Arch. clin., Bordeaux, 240).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

BLANC. C .. primitif de la vésicule biliaire (Soc. anat., Par., 69). — ? C... du pancréas (Boston Med. et Surg. J. 578). — DE MARCO (G.). Adénome de la parotide (Gaz. d. osp., Milano, 547). — HERVÉ. C... du foie (J M., Bordeaux, 239). — MATARAZZA (G.). C... du pancréas (Corriere San. Sch., Milano, 4). — PENNATO (P.). Cancro-cirrhose du foie (Rif. M. Napoli, 350). — SCOTTI (F.). C... du péritoine et cirrhose du foie (Rev. clin. e therap. Napoli. 229). — SLOMAN (H.). C... du conduit de Sténon (Hosp. Tid. Kyobenb., 264).

Appareil de la circulation

CAVAZZANI (T.). Etude sur l'angiosarcome (Rev. de Sc. M., Venezia, 405). — DECLOUX. C... du canal thoracique (Soc. anat., Par., 224). — RAMOS. Leucosarcome de la carotide (Gaz. Méd., Mexico, 239) — RŒSING. C. . ventriculi (Aerztl. Ver. Hamburg., 27 april).

Appareil de la respiration

ALLEN (D.). Sarcome de la thyroïde (Ann. Surg., Phila., 720). — BERGEAT (H.). Sarcome des voies respiratoires (Mon. f. Ohr., Berl., 193). — DAVIS (G.). Sarcome de la thyroïde (M. Surg. Trep., Phila., 652). — EEMAN. C... du larynx (Soc. belle laryng., 18 juill.) — HEINLEIN. C... du larynx (Nurn. M. Gesell., 20 mai). — JAKOBSOLN. Sarcome du larynx (Deut. M. Zsg., Berl., 487). — JELBERSITZ (A.). Tumeur maligne de la plèvre (Riv. d. Sc, M., Venezia, 454) — KASEN (A.). Des néoplasmes des poumons (Med. Oboz., Moscou, 1). — LÉVY (C.). Sarcome de la trachée (Soc. anat., Par., 360). — PHILLIPO (W.). Epithéliome du larynx (Laryng.. St-Louis, 339). — SANGALLI (E.). Sarcome de la plèvre (Gaz. Med. lomb., Milano, 23). — SCHMIEGELOW (E.). C... du larynx (Nord. M. arch., Stockholm, 1).

Appareil de la sécrétion urinaire

BUARD. C... du rein (J. M., Bordeaux, 18 juill.). — CHARON (E.). Sarcome du rein (Ann. Soc. belge chir., 43). — DELETTRE (G.). C... primitif du rein (Soc. anat., Par., 112). — GRAF. C... de la vessie

(Arch. f. klin chir., Berl., 399 . — Jones (H.). Sarcome de la vessie (Brit. Gyn. J. Lond., 467). — Legueu (F.). Le C... du rein mobile (Ann. mal. org. génit., Par., 628). — Rotter. C... de la vessie (Frer. ver. d. chir., Berl., 8 mars).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

Bosse (O). C... primitif de l'urètre. (Thèse Gottingue). — Galabin (A.). Myxosarcome de l'urètre (Tr. obst. Soc., Lond., 120). — Hottinger (R.). C... primitif de l'urètre (Corr. Blat. etc., Bâle. — Michiels. Tumeurs malignes du testicule ectopié (Thèse Bordeaux). — Schmidt. C... de l'urètre (Diss. Tubingen).

2° Organes génitaux de la femme.

Adam (G.). C... de l'utérus (Interc. M. J. Australas, Melbourne, 166). — Adebrecht. C... de l'utérus (Gesell. f. Geb , Berl., 26 fév.). — Asch. C... de l'utérus (Schles. Gesell. f. Vater., Breslau, 30 april). — Bégouin. Fibrome et C... de l'utérus (Gaz. Sc. M., Bordeaux. 411). — Bell (R.). C... de l'utérus (Intern. M. Mag., Phila., 332). — Bouilly. C... de l'utérus (Semaine gynéc., Par., 154). — Brösz. Uber Carc. and Schwangerschaft (Gesell. f. Geb., Berl., 26 fév.). — Cittadini. Myomes et C... de l'utérus (Soc. belge gyn., 60). — Czempin (A.). C... inopérable de l'utérus (Francnarzt., Berl., 150). — D'Anna (E.) Epithélioma de la trompe (Arch. Soc. ital., Roma, 699). — Doran (A.). C... primitif de la trompe (Tr. obst. Soc. Lond., 322). — Durante (G.). Du déciduome malin (Rev. obst. et gyn., Par., 96). — Durhssen. C... de l'utérus (Cent. f. Gyn., Leipzig, 942). — Freudenberg. C... inopérable de l'utérus (Cent. Gyn., Leipzig, 940). — Galabin. Fibrome et C... de l'utérus (Tr. obst. Soc., Lond., 102). — Gellhorn (G). C... des trompes (Zutsch. f. Geb., Stuttgard, 430). — Goubaref. C... de l'utérus (Cong. Moscou, 19 août). — Graupner. Tumeurs malignes de l'utérus (St-Pet. M. Woch., 201). — Haggard (W.). C... de l'utérus (South. Pract. Nashville, 175). — Jacobs. Sarcome primitif de la trompe (Soc. belge gyn., 56). — Janvrin (J.). C... de l'utérus (Ann. gyn. obst. J., N.-Y., 632). — Koblanck. C .. de la valve (Gezell. f. Geb., Berl., 22 janv.) — Küstner. C... de l'utérus (Schl. Gesell. f. Vost., Breslau, 30 april et Cong. Moscou). — Lewers (A.). C... de l'utérus (Tr. obst. Soc., Lond., 14). — Montgoméry (E.). C... de l'utérus (Med. Mirror, St-Louis, 283). — Neumann. Du déciduome malin (Deut. Gesell. gyn., Leipz., 10 juin). — Olshausen. C... de l'utérus (Cong. Moscou, 19 août). — Ott (V.). C... de l'utérus (Id.).

— Otto Falk. C .. de l'utérus (Id.). — Pauchet. Fibrome dégénéré (Gaz. M Picardie 101). — Pilliet. Sarcome de l'ovaire (Soc. anat., Par., 341). — Pobedensky (N). C... du col et grossesse (Ann. gyn. et obst., Par., 281). — Resinelli (G). Tumeur du clitoris (Ann. d. ost. e gin., Milano, 408). — Ries (E.). C... de la trompe (J. am. un. ass , Chicago, 962). — Roberts (C.). Epithélioma du vagin (Tr. obs., Soc., Lond. 381). — Routh (A). Fibrome et C.. de l'utérus (Id , 99-100). Schrader. C... de l'utérus (Münch. M Woch., 598). — Sorel (R.). C... de l'utérus et grossesse (Arch. prov. chir., Par., 317). — Sureau. Epithélioma utérin et curetage (Thèse, Bordeaux). — Thumin (L). C... de l'utérus (Arch. f. gyn., Berl., 547). — Vanverts (J.). Epithélioma des ovaires (Soc. anat., Par., 562). — Vigrand (E.). Néoplasme utérin rare (Gaz. M. Nantes, 128). — Vitauza (R.). C... de l'utérus (Ann. d. ost., Milano, 152). — Vitrac. Epithélioma du col utérin (Gaz. Sc. M., Bordeaux, 366).

3. Annexes de l'appareil de la génération.

Blodgett (A.). C... de la mamelle (Boston M. et S. J., 611). — Nékam (V.). Contribution à la maladie de Paget (Orv. hetil., Budapest, 208). — Tansini. C... du sein (Cong. de Moscou, 19 août). — Torresi (V.). Deux cas de C... mammaire (Suppl. al Policl., Roma, 475).

Généralités

Andrewo (E.). C. . et injections hypodermiques (J. am. M. ass., Chicago, 1159). — Barovsky (P.). Des parasites au sein des néoplasmes (Vrat. St-Peters., 29 mai). — Bosc. Pathogénie du C... et des maladies à sporozoaires (Cong. de Moscou, 19 août). — Campana (R.) Sarcome primitif de la peau (Boll. della R. accad. M., Roma, 125). — Debacker. De la cancérose (Cong. de Moscou, 19 août). — Frénot. Traitement des tumeurs malignes par l'extirpation (Thèse Nancy). — Hansemann. Diagnostic des tumeurs malignes (Berlin Hirschwald, aug.). — Hansler (G.). Tumeurs malignes (Inaug. Dissert., Freibourg). — Heilmann (C). C... gelatinosum (Inaug. Dissert. Greisswald). — Jessen. Sarcome du médiastin (Aerztl. Ver., Hamburg, 25 mai). — Kustner. Des opérations dans le C... (Deut. Gesell. f. gyn., Leipzig, 11 juin). — Lugo Hidalgo. La sérothérapie du C... (Gaz. Med., Mexico, 243). — Leurele. Des sarcomes alvéolaires des doigts (Thèse, Lille). — Maas. Sarcom des Oberschenkel (Frei ver. d. Chir., Berlin, 8 mars). — Maffucci i Sirleo. Cause infectieuse des tumeurs malignes (Arch. od. atti Soc. ital., Roma, LXVII). — Mc. Cone. C... squirrheux sur une cicatrice (Ann. J. obst., N.-Y., 697). — Metterhausen (B.). C... et tuberculose (Inaug. Dissert., Göttingen). — Moricke (R.). C...

et ablation (Stuttgart arzte Ver.). — Moty. Sarcome du médian (Soc. m. Nord, Lille). — Mubert (D.) Een fall von multiplen endotheliomen etc. (Arch., f klin. chir., Berlin. 608). — Noegeli. C... et tuberculose (Virch. arch. Berlin, 148). — Noel (L.) Contagion du C... (Thèse, Paris). — Park (R.). The problems with most. perplex the surgeon (Med. Rec., N.-Y., 1). Roncali (D.). — Etiologie du C... (Arch. Soc. ital. chir., Roma, 5 7). — Rosenthal (G.). Péritonite C... (Soc. anat., Par., 372). — Schmeltz. Etiologie du C... (Cong. Moscou, 19 août). — Sematzky. De la sérothérapie dans les néoplasmes malins (Id., id.). — Shulgin (K.) C... et chélidoine (Bole. Gaz. Bothina, St-Peters., 406). — Slach (H.). Pyoktanin et C... (J. am. med. ass., Chicago, 1227). — Villar. Sarcome de la cuisse (J. m., Bordeaux, 4 juillet). — Violi. Laparotomie par sarcome (La Pediat., Napoli, 129).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des maladies cancéreuses. — T. III 2e Fasc. — 20 Janvier 1898

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE ET BIBLIOGRAPHIQUE

sous la direction de MM. les Professeurs

S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

O. LANNELONGUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS

V. CORNIL

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

avec le concours de MM. les Docteurs :

Pr BARD	M. DENUCÉ	H. MORAU	A. RICARD
J. W. BINAUD	L. GALLIARD	Pr NEPVEU	A. ROUTIER
A. BOISSARD	E. GAUCHER	E. NITOT	C. SAVOIRE
A. BRAULT	M. ISCH-WALL	L. H. PETIT	M. TOUPET
M. CAZIN	G. MARCHANT	P. RECLUS	A. TROUSSEAU
R. CONDAMIN	Pr MAYET	P. REYNIER	F. VERCHÈRE

Rédacteur en chef :

Dr E. OZENNE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

TROISIÈME ANNÉE : 1897-1898

2e FASCICULE — 20 JANVIER 1898

ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : **8** francs. — DÉPARTEMENTS et UNION POSTALE : **10** francs

PRIX DU NUMÉRO : **2** fr. **50.**

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1898

EXTRAIT de VIANDE à BASE D'ALBUMOSES (88 %)

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

SEULE préparation d'Albumoses ayant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

SOMATOSE

Dose : 10 à 12 gr. par jour, en 3 ou 4 fois, dissoute dans le lait, eau, bouillon, etc. (éviter le vin)

ANÉMIE, CONVALESCENCE, DÉBILITÉ

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, ALIMENTATION DES PHTISIQUES, TUBERCULEUX, TYPHIQUES, ETC.

TOUTES PHARMACIES

Echantillons gratuits Fréd. BAYER et C^ie^, 23, rue d'Enghien, Paris

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DES INJECTIONS PÉRIPHÉRIQUES SCLÉROGÈNES DE CHLORURE DE ZINC DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

par le Dr Paul COUDRAY

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale Adjoint à la Faculté de Médecine de Paris

L'emploi du chlorure de zinc dans la thérapeutique des tumeurs n'est pas une nouveauté. La pâte de Canquoin appliquée autrefois dans la profondeur des tumeurs sous forme de flèches ou bien à la surface des loupes était à base de chlorure de zinc. Bonnet, puis Richet substituèrent à la pâte de Canquoin les injections de chlorure de zinc en solutions très concentrées dans le traitement des loupes.

Bryck, cité par Th. Anger (Thèse d'Agrégation, 1869) étudie avec beaucoup de soin, surtout au point de vue chimique, les effets des injections des chlorures métalliques et en particulier du chlorure de zinc dans les tissus. Or, cette action est momifiante, c'est-à-dire que les tissus conservent leur texture anatomique et que seule leur composition chimique est modifiée. Les chlorures métalliques, dont le chlorure de zinc est le prototype, forment avec les albuminoïdes des tissus de véritables combinaisons chimiques, des chloro-albuminates insolubles d'abord, et qui deviennent solubles dans un excès d'albuminoïdes.

Nélaton, qui voulait attaquer certaines tumeurs profondes, peu accessibles, à l'aide d'injections modificatrices ou caustiques — M. Anger n'est pas très explicite à ce sujet, — avait chargé ce dernier, alors son élève (1868), de faire des expériences à l'aide de divers caustiques. Il résultait des expériences de Nélaton-Legros-Anger que le chlorure de zinc, employé même en solutions concentrées, ne détermine pas de sphacèle dans les tissus (muscles, foie, etc.) Les injections de ce liquide déterminent dans le tissu cellulaire des noyaux formés « de tissus lamineux » très vasculaires.

Legros (thèse de M. Anger) continue ces expériences. Les résultats déjà indiqués sont confirmés; de plus, les injections de chlorure de zinc provoquent un certain gonflement avec des phénomènes vasculaires qui durent 4 ou 5 jours.

Ces intéressantes expériences semblaient devoir être le point de départ d'applications thérapeutiques importantes. Il n'en fut rien. Il est juste cependant de dire que plus tard M. Anger introduisit le chlorure de zinc dans le traitement de la grenouillette.

Mais la question pratique des injections interstitielles dans les tumeurs ne fut nullement élucidée. Contrairement à la théorie de la non cautérisation résultant des expériences que nous venons de citer, le chlorure de zinc s'obstinait dans certains cas à gangréner des portions de tumeurs. C'est ainsi que nous voyons dans l'intéressante thèse de Gornard (1890), qui rapporte la pratique de Richet, le sphacèle de la portion moyenne d'un goître, puis, dans une autre observation, la chute d'une tumeur naso-pharyngienne par gangrène du pédicule. Dans ces cas la solution de chlorure de zinc était très concentrée.

Nous n'avons cité toute cette liste de travaux que pour bien montrer la différence fondamentale qui existe entre la pratique ancienne des *injections interstitielles* qui amenaient dans les tumeurs des modifications mal déterminées et la plupart du temps la destruction par gangrène — et la méthode sclérogène du professeur Lannelongue, à laquelle nous avons eu recours.

Il s'agit en effet ici d'INJECTIONS PÉRIPHÉRIQUES faites à l'aide de solutions moins concentrées que celles employées autrefois. Je me suis servi de la solution à 1/20, mais je n'ai vu nul inconvénient aux solutions à 1/10 employées par M. Lannelongue. Ces injections sont faites à la limite des tumeurs dans

le but de créer autour d'elles et à leur contact un tissu fibreux nouveau, c'est-à-dire un tissu peu propice à leur extension. Par le fait de la diffusibilité extrême du chlorure de zinc et de l'extension des altérations vasculaires, loin du point d'application (Lannelongue), le tissu scléreux pénètre dans le tissu de la tumeur et tend à se substituer à elle. En dehors de cette action néoformatrice de tissu fibreux, le chlorure de zinc provoque sur les artérioles des altérations d'artérite, péri et endartérite qui peuvent aller peut-être jusqu'à l'oblitération. Sur deux coupes faites par Dubar sur des tissus synoviaux extirpés à la suite d'injections de ZnCl, nous avons noté une péri-artérite irrégulière, puis une endartérite énorme; la prolifération laisse à peine visible la cavité des artérioles.

On est autorisé à penser que les tumeurs, entourées de tissus semblables, sont privées en grande partie de leurs moyens de nutrition et anémiées ; il y aurait donc là une action analogue à celle qu'on a cherché à réaliser par les ligatures atrophiques, autrefois conseillées dans le traitement du cancer de la langue, par exemple.

OBSERVATIONS

M. Lannelongue a conseillé sa méthode sclérogène, non seulement dans les tuberculoses chirurgicales, mais il a considéré aussi que peut-être on pouvait l'appliquer au traitement de certaines tumeurs.

Observation I. — (Lannelongue : Mémoire à l'Académie de médecine 1891 et Bulletin médical 1891, p. 661). « J'ai eu recours » à la méthode pour une malade atteinte de *cancroïde de la face;* » le résultat immédiat fut frappant, mais la récidive fut » prompte. La méthode étant inoffensive, on pourrait peut-être » s'en servir, à titre d'essai, dans le sarcome du sein. »

Observation II. — (Lannelongue, inédite). Je résume en quelques mots cette très intéressante observation dont mon maître possède tous les détails. En juin 1893, nous voyons avec M. Lannelongue une malade du Dr Billet, âgée de 64 ans, portant une petite tumeur de la joue gauche, siégeant au-dessus du pli labial ; l'aspect était celui du vulgaire cancroïde ; il y avait altération des ganglions sous-maxillaires restés mo-

biles. Le *10 juin 1893*, M. Lannelongue fait à la périphérie profonde de la tumeur 4 ou 5 injections de Zncl à 1/10e; 3 ou 4 injections autour du ganglion.

Huit jours plus tard, nouvelle injection autour de la tumeur jugale. En octobre, il n'y avait plus trace de la tumeur, à la surface de laquelle une sorte de desquamation épidermique s'était opérée; un peu plus tard, les ganglions disparaissaient à leur tour. La malade a été depuis revue à diverses reprises et ces jours derniers le Dr Billet m'a fait savoir qu'il n'y a pas ombre de récidive.

Observation III. — *Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur pris pour une tumeur blanche du genou. Injections sclérogènes. Diminution considérable du volume de la tumeur.* — En juillet 1891, je voyais avec le Dr Scheving fils, un homme de 28 ans, chez lequel un chirurgien très expérimenté avait fait le diagnostic de tumeur blanche du genou. Le genou gauche était volumineux, notablement fléchi, la marche était douloureuse, devenue presque impossible. On constatait une énorme tuméfaction, surtout au niveau de la partie supérieure de l'articulation, à la partie interne des masses molles, demi-fluctuantes, qui simulaient étonnamment des fongosités. Le fémur était manifestement augmenté de volume; la rotule peu mobile; tibia sain; mouvements presque nuls dans l'articulation. L'affection durait depuis 16 à 18 mois. Le diagnostic paraissait bien évident, et sans la moindre hésitation, je me mis en devoir d'appliquer à ce genou le traitement sclérogène.

27 juillet 1891. — Anesthésie relative à l'aide de deux injections chacune de deux centigrammes de chlorhydrate de morphine à une demi-heure d'intervalle. Neuf injections de trois à quatre gouttes de Zncl à 1/10e autour de l'articulation suivant les préceptes du professeur Lannelongue pour les tumeurs blanches. Douleur consécutive presque nulle.

Le lendemain, gonflement assez considérable du genou, moindre déjà le surlendemain.

30. — Le genou n'est pas sensiblement plus gros qu'avant l'injection.

Dans la suite, diminution progressive du volume du genou, exactement comme à la suite des injections pour tumeurs blanches, la compression avec l'amadou contribuant aussi à ce résultat.

1er septembre. — Cependant une grande mollesse persiste à

la partie interne du genou. 4 injections nouvelles autour du point mou. Dans la suite l'affection semble marcher vers la guérison ; en effet. je note à la date du :

16 octobre. — La dureté est à peu près totale dans l'articulation ; aucune douleur à la plus forte pression ; le malade commence à remuer sa jambe, à la fléchir un peu.

27 novembre. — Un gonflement interne persiste, extra-articulaire, s'étendant à la fois sur le fémur et sur le tibia : je pense qu'il s'agit d'un abcès.

6 décembre. — Le gonflement étant devenu nettement fluctuant, je crois devoir intervenir pour ouvrir l'abcès et faire l'opération osseuse nécessaire pour détruire le foyer supposé. Au cours de cette intervention d'abord il n'y a pas de pus, mais un liquide séro-sanguinolent. A la surprise qui en résulte s'ajoute pour moi bientôt une pénible impression en trouvant que la cavité kystique que je viens d'ouvrir est en connexion avec une tumeur molle qui envahit toute l'extrémité inférieure du fémur, détruit jusqu'au cartilage articulaire qui avait à peu près résisté ; pas de pus, pas de caséum. Il était évident que nous étions en face d'un ostéosarcome. Comme cet ostéosarcome se prolongeait dans le creux poplité, et comme il remontait assez haut sur le fémur, il ne pouvait pas être question de se contenter d'une résection. L'amputation fut faite un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse. La pièce fut montrée par M. Dubar à la Société anatomique en février 1892; il s'agissait d'un sarcome myéloïde. Il n'y a pas de récidive à l'heure actuelle.

Ainsi, dans cette observation, on peut noter qu'un néoplasme à marche redoutable a subi par le fait des injections sclérogènes une diminution notable de volume et a paru enrayé pendant plusieurs mois.

Observation IV. — *Tumeurs lymphadéniques du cou; généralisation hépatique probable; injections de Zncl contre les douleurs. Amélioration temporaire.* — Jeanne Cr..., 53 ans, opérée du côté droit déjà deux fois à l'hôpital pour un lymphadénome du cou, — après la seconde opération, apparition de tumeurs multiples des deux côtés, hématémèses et teinte subictérique.

23 juillet 1891. — 1° *du côté droit du cou*, tumeur grosse comme un œuf de poule, à la fois carotidienne et parotidienne; puis, en arrière du sterno-mastoïdien, tumeurs moins volumineuses, tumeurs dures, presque immobiles; 2° *du côté*

gauche du cou, tumeur sous-maxillaire et parotidienne, du volume d'un œuf de pigeon, causant des douleurs névralgiques terribles, empêchant le sommeil, tenant probablement à une irritation de l'auriculo-temporal ; 3° dans la région sus-hyoïdienne, tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle en quelques points. Rien dans la gorge, pas de dysphagie.

Il s'agit bien vraisemblablement de lymphadénomes malins généralisés ; les tumeurs ont des sièges ganglionnaires ; la généralisation s'est montrée rapidement après la seconde intervention, comme cela arrive habituellement lorsqu'on se trouve en présence des tumeurs de cette nature.

Les douleurs n'étant calmées par aucun médicament, nous proposons comme palliatif les injections de Zncl, à la fois contre la douleur et pour s'opposer à l'accroissement des tumeurs, traitement moral en somme dans ce cas tout-à-fait au-dessus des ressources de l'art.

25 juillet 1891. — Première séance, 3 injections de 3 gouttes de la solution à 1/20 dans la partie externe et profonde de la tumeur parotidienne, côté douloureux, injection périphérique. 4 injections de 2 gouttes à la périphérie profonde de la tumeur sus-hyoïdienne.

28 juillet. — *Réaction : Tumeur sus-hyoïdienne.* Rougeur diffuse de la peau ; aspect lymphangitique ; extravasation sanguine très prononcée sur la partie droite et supérieure de la tumeur, ayant presque deux centimètres en largeur ; gonflement minime ; peu de sensibilité. Tumeur parotidienne. Peau tendue, lisse et luisante. Au-dessus de la tumeur existe de la rougeur dans l'étendue de 3 centimètres environ ; à sa surface une petite plaque noire, escharifiée.

4 août. — La tumeur sus-hyoïdienne a subi une diminution de volume appréciable ; à l'ecchymose indiquée se sont ajoutées plus bas deux petites ecchymoses.

Tumeur parotidienne : Infiltration sanguine cutanée et sous-cutanée, en outre de la petite eschare qui ne s'est pas agrandie ; sous la petite eschare non encore détachée un léger suintement sanguinolent. La tumeur a diminué de volume ; elle tend à s'isoler plus facilement de la parotide et du sterno-mastoïdien ; les élancements qui existaient auparavant très violents dans la tempe et dans la mâchoire ont disparu : la malade insiste sur ce point. — 3 injections dans la partie profonde de la tumeur sous-hyoïdienne.

8 août. — Gonflement notable au niveau de cette tumeur sans rougeur de la peau. La tumeur sous maxillo-parotidienne a diminué d'un tiers; sa surface présente une grande mollesse, presque de la fluctuation; toute sa partie profonde est une coque dure, beaucoup plus mobile qu'autrefois sur les parties profondes; la petite eschare n'est pas encore détachée; les douleurs n'ont plus reparu.

13 août. — La presque totalité de la tumeur parotidienne est dure, sauf à la partie supérieure. L'ulcération s'est un peu étendue; elle est du diamètre d'une pièce de 20 centimes. La surface de la tumeur mise à nu présente une coloration jaunâtre, comme graisseuse. La tumeur sus-hyoïdienne est devenue très dure dans toutes ses parties et diminuée de plus d'un tiers. Dans la suite, les tumeurs du côté droit augmentent de volume, mais comme il n'y a pas de douleurs, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de poursuivre le traitement de ce côté avec l'acharnement que nous avions mis à attaquer la tumeur, source de vives douleurs; de plus, nous n'avions pas de doutes sur la généralisation hépatique; la malade devenait un peu plus ictérique; deux mois après elle succombait avec un ictère très prononcé, ayant les caractères de l'ictère grave.

Nous avions cependant obtenu dans ce cas des résultats qui, pour n'être pas brillants au point de vue final — ce point étant réglé à l'avance — ont constitué : 1° pour la malade, un bénéfice appréciable en ce sens que les douleurs intolérables ont cessé en huit jours et n'ont plus reparu; 2° pour nous il en résulte une importante constatation : la diminution de volume des tumeurs à marche envahissante, diminution d'un bon tiers en peu de temps, et cela dans un mauvais siège, ne se prêtant pas à la compression. Il y avait donc lieu de faire de nouvelles tentatives et dans de meilleures conditions, si cela se pouvait.

Observation V. — Dans cette observation relative à une hypertrophie ganglionnaire généralisée du cou, les injections faites contre les douleurs de compression ont donné des résultats moins nets au point de vue douleur, mais analogues au point de vue de la diminution du volume des tumeurs.

M. D..., 27 ans, vu le 17 octobre 1891. — Énorme hypertrophie ganglionnaire qui comprend presque tous les ganglions cervicaux du côté droit, tant les ganglions sus-claviculaires que les carotidiens, jusqu'au niveau de l'oreille et même les gan-

glions sous-maxillaires postérieurs. Le volume de ces ganglions varie d'une petite noisette à une grosse noix. Ces ganglions sont accolés les uns aux autres, assez mobiles pour la plupart. Les ganglions sus-claviculaires forment une masse qui comprime le plexus brachial et amène des irradiations douloureuses dans le bras.

Dans l'aisselle existe un ganglion assez volumineux à la face postérieure du grand pectoral et près de son bord inférieur; sur la paroi interne et au sommet de l'aisselle, quelques ganglions moins volumineux.

Du *côté gauche*, la région carotidienne est à peu près indemne; mais il existe dans la région sus-claviculaire une grosse tumeur formée d'une quantité considérable de petits ganglions accolés; l'apparition de cette masse ganglionnaire daterait seulement de quinze jours. Au-dessous de la clavicule de ce côté, en avant de l'artère axillaire, existe également une petite tumeur mobile et dure. Rien dans l'aisselle gauche.

A l'aine gauche, les ganglions présentent un certain volume; phénomènes de compression du côté des bronches, toux. Pas d'augmentation de volume de la rate, ni du foie.

Douleurs. — Elles existent dans le membre supérieur droit depuis six mois environ concordant avec l'apparition des masses ganglionnaires sus-claviculaires de ce côté. Elles se montrent sous forme d'irradiations qui partent de la face antérieure de l'épaule puis se dirigent vers le pli du coude pour se terminer en ce point; il y a quinze jours elles se prolongeaient jusqu'à la main. Ces douleurs se montrent toutes les nuits sous forme de crises qui durent environ de 1 heure à 5 heures du matin.

Le malade se plaint en outre de douleurs siégeant dans la partie inférieure du sacrum, puis il éprouve des douleurs d'allure sciatique allant jusqu'au creux poplité. On ne trouve pas la cause de ces douleurs. Peut-être y a-t-il quelque masse ganglionnaire comprimant le plexus sacré?

22 octobre 1891. — Comme traitement moral 2 injections de 2 gouttes de la solution à 1/20^{e} dans la partie profonde de la masse sus-claviculaire droite peu mobile, puis 2 injections à la périphérie de la masse cervicale comprimée, qui toutes deux semblent pouvoir exercer une compression.

29 octobre. — Les douleurs ont été assez vives dans la soirée, puis le lendemain vendredi. Du samedi au lundi, le malade

n'a aucune crise de douleur et s'en trouve tout heureux. Dans la nuit du lundi au mardi, crise douloureuse, violente, comme auparavant ; la nuit suivante, crise légère. Au point de vue local, il y a une diminution appréciable du volume de la tumeur carotidienne, moins apparente dans la tumeur sus-claviculaire.

5 novembre. — Depuis le 31 octobre, les douleurs du membre supérieur ont reparu, mais elles n'existent plus qu'au niveau de l'épaule et à la partie supérieure du bras. Du côté des tumeurs pas de changement, sauf une légère diminution des ganglions carotidiens moyens. Le ganglion axillaire sous-pectoral a augmenté de volume ; il est un peu sensible à la pression ; il est gros comme un œuf de pigeon. 2 injections de Zncl à la périphérie de ce ganglion et 2 injections autour des deux masses carotidienne et sous-claviculaire précédemment injectées.

11 novembre. — Diminution de volume de ces dernières. Empâtement autour du ganglion axillaire, le malade a souffert de son injection ; mais au bout de 24 heures ces douleurs ont cessé et de plus les crises *nocturnes ont disparu.*

18 novembre. — Depuis le 11, le malade n'a eu qu'une crise douloureuse qui a duré presque une demi-journée ; de temps à autre il a quelques élancements très supportables dans l'épaule et le bras. La généralisation, au cou, du côté gauche, puis à l'aine s'accroît.

25 novembre. — Depuis trois jours les douleurs ont reparu, pour disparaître de nouveau du 3 décembre au 24 décembre, époque à laquelle j'ai vu *le malade pour la dernière fois.*

24 décembre. — Les ganglions sus-claviculaires, qui ont pu être abordés en diverses fois, dans les 2/3 environ de leur périphérie (en bas, en dehors et en haut) ont diminué très notablement de volume. Cette diminution est beaucoup plus appréciable pour les autres ganglions dont le siège était moins propice aux injections.

Mais, somme toute, le malade a éprouvé un réel bénéfice au point de vue de la douleur et l'une de ses tumeurs a été réduite notablement de volume.

Observation VI. — *Epithélioma récidivé de la lèvre inférieure ; adhérence au maxillaire inférieur ; injection de Zncl ; résultat nul.* — Le 26 mai 1892, consulté pour un homme de 55 à 60 ans, opéré 18 mois auparavant d'un épithélioma de la lèvre infé-

rieure, et présentant une récidive non seulement dans la lèvre, mais des prolongements dans le pli labio-gingival avec forte adhérence au maxillaire et ganglions, avec picotements très douloureux, avec un état général très mauvais, cachectique, je fais à titre palliatif 6 injections de 2 à 3 gouttes, à la périphérie de la tumeur, jusque sur le maxillaire — solution à 1/20e. — L'aiguille est enfoncée du menton vers les régions internes buccales en se guidant sur le doigt placé dans le vestibule de la bouche. Pendant quatre ou cinq jours, les douleurs ont été assez marquées; la réaction médiocre cependant; ensuite, après une amélioration de quelques jours au point de vue des élancements douloureux, les phénomènes antérieurs ont continué et la marche du mal n'a subi aucun arrêt. En somme le résultat a été nul.

Observation VII. — Mme G..., 48 ans, se présente à moi, le 7 novembre 1891. Elle porte au sein droit une tumeur qui s'est montrée il y a environ six mois; à cette époque, la tumeur, du volume d'une noisette, existait à la partie supérieure du sein; augmentation de volume progressive, sans douleur, sauf depuis quelques semaines, où il y a des élancements douloureux par intervalles. Il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon.

Le mamelon est rétracté, le sein plus volumineux que du côté opposé. L'augmentation de volume porte sur l'hémisphère supérieur de la glande dans lequel la palpation reconnaît de suite l'existence d'une tumeur. Irrégulière, très dure, du volume d'une grosse amande, la tumeur se confond dans la profondeur avec la glande; celle-ci est mobile sur le grand pectoral. Superficiellement elle adhère à la peau, dans une assez grande étendue. Pas de cordons indurés allant de la glande vers l'aisselle, mais dans le creux axillaire, en haut de la paroi interne, on trouve deux ganglions durs, mobiles, du volume d'une noisette. Pas de ganglions sus-claviculaires; santé générale assez satisfaisante; arthritisme. La malade n'est plus réglée depuis trois ans. Le sein gauche est absolument normal.

Diagnostic. — Il ne semble y avoir aucun doute possible sur le diagnostic; la forme irrégulière de la tumeur, sa diffusion par ramifications fibreuses dans la glande, sa confusion avec elle; la présence de ganglions d'un certain volume, sans que jamais il y ait eu la moindre allure inflammatoire dans la tumeur, l'âge de la malade, l'adhérence à la peau avec rétrac-

tion du mamelon, en un mot, nous avons là tous les caractères réunis du squirrhe classique et banal à marche assez lente et d'un pronostic relativement favorable pour l'intervention. Je proposai, en effet, l'extirpation à la malade, qui la refusa énergiquement, préférant mourir avec son mal et disant que d'ailleurs elle avait plusieurs personnes de sa connaissance opérées de tumeurs et qui n'avaient pas survécu longtemps. Ces réponses sont faites à chacun de nous de temps à autre et malheureusement, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons leur opposer un démenti convaincu.

Devant cette hostilité irrésistible, je proposai, à titre palliatif, comme capable de retarder la marche du mal, le traitement sclérogène.

16 novembre 1891. — Injection sous-cutanée de 2 centigr. et demi de chlorhydrate de morphine ; une demi-heure après, 4 injections de 2 à 3 gouttes de Zncl autour des ganglions axillaires éloignés des vaisseaux et refoulés sur la paroi pectorale de l'aisselle. 9 injections à la périphérie de la tumeur et à une certaine distance de cette tumeur dans la glande. La solution employée était à 1/20e. État un peu douloureux pendant 24 heures.

18 novembre. — Empâtement général du sein sans réaction vive ; la tumeur est moins distincte, perdue dans le tissu nouveau. Gonflement à peu près nul du côté de l'aisselle. Très minime sphacèle de la peau d'environ 6 millim. à la partie supérieure de la tumeur autour d'un orifice d'injection, compression ouatée.

28 novembre. — La tumeur semble avoir diminué d'un tiers : pas de modification du côté des ganglions.

7 janvier 1892. — La tumeur a l'aspect suivant : un noyau principal du volume d'une noix ; au-dessous et en dehors de lui deux petits noyaux comme des pois dans l'épaisseur de la glande ; tout cela très dur ; deux autres petits noyaux semblables dans la glande au-dessous du mamelon. Ces petits noyaux à une certaine distance de la tumeur initiale sont probablement de petits fibromes produits par l'irritation et la néoformation produite par les injections. Dans l'aisselle on ne sent plus qu'un ganglion.

2e séance d'injection : 12 injections de Zncl, 2 à 3 gouttes à 1/20e. Comme précédemment autour de la tumeur et à une certaine distance de celle-ci dans l'épaisseur de la glande :

2 injections cutanées du ganglion axillaire qui n'a plus que le volume d'un bon haricot. Quelques jours après, compression.

21 janvier. — La malade a souffert par intervalles pendant les huit jours qui ont suivi l'injection. La tumeur a manifestement diminué; elle a été dissociée et se présente maintenant sous la forme de deux noyaux juxtaposés dont l'inférieur est le plus gros ; le volume total est celui d'une châtaigne très aplatie. Quant aux petits nodules, situés de chaque côté et au-dessous de la masse principale et à une certaine distance, ils semblent un peu épaissis et moins pointus. Les petits nodules sous-mamelonnaires persistent avec leur caractère de complète mobilité. Quelques veines dilatées sur la face antérieure du sein. L'adhérence qui existait entre la peau et la face antérieure de la tumeur est certainement moindre. Le ganglion axillaire est un peu sensible à la pression.

28 janvier. — La tumeur a encore diminué ; dilatation veineuse moindre.

3e séance d'injections : 7 injections autour de la tumeur; 2 autres au ganglion axillaire.

21 mars. — Douleur assez notable pendant 48 heures. État œdémateux dur de la peau de la mamelle. Compression.

Quelques semaines après, la malade disparaît; des affaires de famille, dit-elle, etc., l'appellent en province, où elle reste longtemps, bref je n'entends plus parler d'elle pendant 5 ans, quand j'apprends indirectement qu'elle est très bien portante et se dit guérie; à la fin de 1896, elle revient me voir.

Le sein droit est considérablement atrophié; le mamelon est rétracté ; au-dessus de lui, à la place de l'ancienne tumeur, une masse fibro-lipomateuse. La peau est redevenue mobile, sauf à la partie supéro-externe. Dans l'aisselle deux minimes ganglions. Un fait extrêmement frappant est le suivant : sur la demi circonférence supéro-externe du sein suivant la courbe des injections existe un sillon profond ; on dirait une cicatrice sous-cutanée formée par un tissu fibreux très dense et qui accole la peau à la paroi thoracique; ce sillon sépare et isole la glande du côté axillaire. C'est là une preuve éclatante de la persistance du tissu produit par l'injection du chlorure de zinc.

La malade a été présentée par moi à la Société du IXe arrondissement, en mars 1897. Bien entendu, comme je ne pouvais apporter que des preuves cliniques à l'appui du

diagnostic, la rigueur stricte de ce diagnostic a pu être discutée, mais faiblement cependant. Il était évident qu'une tumeur du sein adhérente à la peau, avec ganglions axillaires, pouvait être bien difficilement catégorisée : fibrome; et d'autre part, dans ma communication, j'avais indiqué les raisons qui me semblaient exclure l'idée de la maladie kystique ou de Reclus.

Je n'avais pas pensé un instant que la tumeur à laquelle j'avais eu affaire pût être une tuberculose de la mamelle; or, dans une conversation M. Quénu m'a dit avoir observé deux cas de tuberculose du sein ayant toutes les allures de cancers et que peut-être mon observation était relative à un fait de ce genre.

Il est possible, en effet, qu'on puisse confondre, dans un examen qui est fait à un moment donné, un cancer du sein avec une tuberculose, mais lorsqu'on suit la marche de l'affection le doute ne peut pas persister très longtemps. En effet, la tendance de la tuberculose du sein est la caséification et par suite la suppuration; c'est une tuberculose grave. Nous connaissions déjà, par la thèse de Dubar, cette évolution, et le travail de Delbet, dans le Traité de chirurgie, a confirmé et complété les notions que nous avions sur ce point. D'habitude la caséification est donc rapide et dans un certain nombre de cas — j'en ai relaté un exemple dans ma thèse — cette caséification est traduite ou suivie par un état sub-inflammatoire, ou même inflammatoire marqué qui pourrait en imposer pour un abcès chaud. J'ajoute que les trois séries d'injections de chlorure de zinc que j'ai faites n'eussent pas peu contribué à la suppuration s'il s'était agi d'une tuberculose du sein, étant appréciées les conditions anatomiques que je viens d'indiquer.

L'âge est une autre considération à invoquer. Ma malade avait 48 ans; c'est l'âge du cancer du sein et ce n'est plus celui de la tuberculose qui devient rare après 40 ans.

La tuberculose du sein affecte de préférence le segment externe de la glande; notre tumeur siégeait directement au-dessus du mamelon. La tuberculose du sein s'accompagne dans la moitié des cas (Delbet) d'autres manifestations de l'infection tuberculeuse; notre malade n'avait rien autre chose que sa tumeur.

A mon sens, le caractère diagnostique différentiel le plus

important est l'absence de suppuration de la lésion après 7 ans d'existence. Je ne connais pas de faits semblables en ce qui concerne la tuberculose du sein.

Je reste donc convaincu que j'ai eu affaire à un squirrhe du sein. Il est possible que l'action sclérogène ait été favorisée par une forme exceptionnellement bénigne de l'affection.

Enfin je n'affirme nullement que la malade soit guérie; je ne le crois même pas. J'estime que la récidive peut se produire d'un moment à l'autre et de nouvelles injections seront faites si cette éventualité se produit. En tout cas, après plus de six ans il n'y a pas de récidive appréciable.

Je ne dirai qu'un mot au sujet des indications de la méthode sclérogène dans les tumeurs malignes. Sur les 7 observations il y a 2 succès ; 1 à la face (cancroïde) 1 au sein (squirrhe). Dans les deux cas il a été *possible* et *facile* de circonscrire les tumeurs par les injections ; c'est là l'indication vraie. Mais on ne pourra obtenir que des résultats minimes, insignifiants dans les cas où l'on ne pourra aborder les tumeurs que par une partie de leur périphérie, en particulier dans ces lymphadénomes du cou, surtout quand ce sont déjà des tumeurs généralisées.

Je ne saurais, quant à présent, indiquer de nouveaux faits éclaircissant l'action réelle du chlorure de zinc sur les tumeurs, c'est-à-dire les phases du conflit qui se passe entre les éléments nouveaux créés par l'agent chimique et les éléments de la tumeur maligne.

Nous entreprenons avec M. Morau, dont on connaît les beaux travaux sur l'inoculabilité des tumeurs, des recherches sur ce point spécial, et qui seront publiées ultérieurement.

DE LA CURABILITÉ DES TUMEURS MALIGNES EN GÉNÉRAL (1).

par le Dr M. FRÉNOT

La guérison des tumeurs malignes par les seules forces de la nature est tellement exceptionnelle, si tant est même qu'elle existe, que l'on peut à bon droit la mettre en doute. Broca en a cité quelques exemples dans lesquels ce singulier phénomène s'était produit à la faveur d'une grangrène spontanée du néoplasme. Plus récemment Trélat a eu la bonne fortune d'assister en 1880, à l'hôpital de la Charité, à l'élimination, par suite de gangrène sèche, d'une tumeur du mollet que l'examen histologique, pratiqué par MM. Remy et Déjerine au laboratoire des cliniques, a démontré être un épithéliome calcifié. Mais, outre que de pareils faits sont fort rares, la nature cancéreuse de l'affection est loin d'avoir été toujours établie d'une façon suffisamment précise. Aussi pouvons-nous avec tous les auteurs considérer le pronostic des tumeurs malignes abandonnées à elles-mêmes comme extrêmement grave et constamment fatal à brève échéance.

Jusqu'au commencement de notre siècle, malgré les tentatives hardies de quelques opérateurs brillants et parfois heureux, les tumeurs malignes furent à peu près universellement regardées comme au-dessus de la portée des ressources de l'art. Peu à peu une opinion plus conforme à la réalité se dessina et finit par prévaloir. On s'habitua, guidé par l'observation attentive des phénomènes morbides, à reconnaître de profondes différences parmi les espèces qui composent le groupe de ces productions accidentelles et l'on ne tarda pas à s'apercevoir que, grâce à certaines conditions de précocité et d'étendue, l'extirpation conduisait à des résultats peut-être soupçonnés, mais non encore obtenus. Les maîtres de la chirurgie française au XIXe siècle, Dupuytren, Cruveilhier, Laënnec et leurs successeurs, Velpeau, Lebert, Vidal (de Cassis), Jobert (de Lamballe), Broca et Heurteaux affirmèrent les premiers que les tumeurs malignes n'étaient point par nature nécessairement incurables

(1) M. Frénot : Essai sur les résultats éloignés du traitement des tumeurs malignes par l'extirpation (Thèse de doct., 1897, Nancy).

et ne puisaient pas leurs éléments constitutifs dans une décomposition préalable du sang, comme on l'avait cru jusqu'alors. Ils prouvèrent par l'expérience, c'est-à-dire par des succès de longue durée, que le cancer était justiciable d'une intervention énergique et prématurée. Les recherches plus modernes sur la dissémination des tumeurs malignes et sur leur mode de propagation à l'appareil lymphatique et aux organes éloignés n'ont fait que confirmer cette manière d'envisager le mécanisme intime de la pullulation des cellules et de la généralisation à toute l'économie. Un grand pas avait été franchi ; cependant, jusque vers 1850, les faits dans lesquels on voyait une tumeur maligne, après une ou plusieurs ablations, demeurer un certain nombre d'années sans donner lieu à la récidive locale ou à l'infection généralisée, étaient considérés comme de rares exceptions qui semblaient devoir rester le privilège exclusif de quelques malades favorablement prédisposés. Les statistiques de Paget, de Sibley, de West et de C. Moore pour l'Angleterre, celles de Breslau pour le canton de Zurich et de Marc d'Espine pour le canton de Genève, tendent à faire admettre que la proportion de ces cas heureux demeurera toujours presque infinitésimale par rapport au grand nombre de ceux qui se terminent par la généralisation et la mort. Mais, avec les progrès de l'anatomie pathologique et sous le couvert de l'antisepsie, la chirurgie contemporaine, plus assurée dans la voie à suivre, est parvenue à triompher du développement du cancer et à couper ses voies d'extension. Aussi serons-nous en droit d'énoncer la proposition suivante sans craindre de soulever aujourd'hui aucune contradiction : les tumeurs malignes opérées de bonne heure peuvent ne pas récidiver, ou tout au moins la récidive peut n'apparaître qu'après un intervalle de plusieurs années, ce qui constitue un bénéfice réel pour le sujet qui en est porteur et un temps d'arrêt très appréciable dans la marche envahissante de la maladie. Ces résultats avantageux, loin d'être une exception, deviennent, au contraire, de jour en jour plus nombreux, et quelques-uns ont été acquis à la suite d'opérations pratiquées dans des conjonctures que tous les chirurgiens regardent comme excessivement critiques.

Dans ce chapitre, nous aurons donc à poser ce principe, en nous appuyant sur des autorités incontestées, que la guérison définitive des tumeurs malignes par l'extirpation est possible et

a été obtenue effectivement dans un assez grand nombre de circonstances. Chemin faisant, nous aurons occasion de nous expliquer sur ce qu'il faut entendre par une guérison définitive. Nous indiquerons ensuite, d'après les auteurs les plus compétents, suivant quelle proportion la guérison radicale a été atteinte. Enfin, pour ne laisser subsister aucun doute sur les diverses conditions dont la réunion complète est absolument indispensable pour forcer le succès, nous examinerons à quelles exigences notre intervention devra satisfaire pour avoir les plus sérieuses chances de pleine réussite.

Dès 1854, l'Académie de médecine aborda la discussion de la curabilité plus ou moins définitive des tumeurs malignes. Parmi les éminents chirurgiens qui prirent part à ce débat, qui passionna alors le public médical, Barth et Velpeau se firent remarquer entre tous par la vigueur de l'argumentation et le parti qu'ils surent habilement tirer des faits apportés. Barth, tout en admettant que le cancer est peut-être plus difficilement curable encore que la phtisie, était loin de le considérer comme nécessairement fatal, notamment dans tous les cas où l'on cherche à lui opposer une intervention précoce et hardiment dirigée. Il pensait que l'idée préconçue de l'incurabilité des tumeurs malignes était erronée, au point de vue purement théorique, parce qu'elle reposait sur une hypothèse très contestable, l'existence d'une diathèse. En outre, il tenait une telle opinion pour éminemment funeste, dans le domaine de la pratique, aux progrès de la science et au bien de l'humanité, parce qu'elle était de nature à décourager les malades et les chirurgiens. D'ailleurs, ajoutait-il, pour ceux mêmes qui croiraient encore à la réalité de la diathèse cancéreuse, l'opération faite à temps aura toujours le précieux avantage d'enrayer pour une période d'une durée notable la marche de l'affection, si elle ne peut rien contre la diathèse elle même. Dans cet ordre d'idées il comparait volontiers l'ablation d'une tumeur maligne à la guérison d'un foyer purulent par la ponction suivie de l'injection iodée. Enlever un néoplasme cancéreux équivaudrait pour lui à tarir la source qui répand dans toutes les humeurs organiques les éléments infectieux.

A l'appui de la manière de voir de Barth, Velpeau apporta des résultats positifs que lui avait donnés le traitement des tumeurs de mauvaise nature par la méthode opératoire. Son collègue Robert, ayant avancé que la guérison prolongée des

tumeurs ne fut prise en bon et spécialement de la variété encéphaloïde était une raison à suffoquer même qu'elle fût bien bénigne. Velpeau en refera aux sommes diraient ailleurs dans son Traité des maladies du sein. Son adversaire, comparant sa statistique aux relevés beaucoup moins satisfaisants d'autres opérateurs, insista que quelques erreurs de diagnostic pouvaient avoir surchargé dans un sens favorable le chiffre des guérisons admises comme de longue durée. Pour juger sainement l'affaire en litige, Velpeau établit des degrés dans la rapidité avec laquelle reparaissent les tumeurs malignes, lorsqu'elles ont été incomplètement extirpées une première fois. Il distingua parmi les cancers ceux qui, enlevés par une première opération, récidivent d'une façon à peu près inévitable, ceux qui récidivent souvent, ceux qui ne se reproduisent que quelquefois et enfin ceux qui ne reviennent que rarement. Comme exemple, il put citer trois cas de cancers encéphaloïdes du sein qu'il avait opérés de 1836 à 1841 dans son service à l'hôpital de la Charité et dont deux étaient relatifs à des récidives; la maladie n'avait pas encore reparu jusqu'en 1854.

La question du traitement chirurgical des tumeurs malignes a occupé une large place dans l'ordre du jour du dixième Congrès des cliniciens allemands en 1882. Esmarch y a posé les termes d'un certain nombre de problèmes pour la solution desquels plusieurs praticiens de talent ont apporté les résultats statistiques de leurs opérations. Voici quelles furent, au point de vue spécial qui nous intéresse, les demandes proposées et l'opinion motivée de Landsberger qui a consulté pour y répondre les travaux de Winiwarter, de Henry, d'Oldek, de Kæser et de Fischer :

Quel résultat avons-nous à attendre du traitement des tumeurs malignes par le bistouri?

Quelle influence exercent sur le résultat définitif le stade auquel on opère, qu'il s'agisse d'une tumeur primitive ou d'une récidive, la dégénérescence secondaire des ganglions lymphatiques et la méthode opératoire employée, extirpation totale de l'organe malade ou amputation dans les parties saines avec enlèvement simultané de la peau sus-jacente?

Quels résultats donne le traitement des tumeurs malignes par les caustiques ou par le ràclage suivi de l'application du fer rouge?

Pouvons-nous obtenir des caustiques qu'ils détruisent les éléments du néoplasme sans attaquer les tissus indemnes?

L'intervention opératoire prolonge-t-elle ou raccourcit-elle la durée de la survie des malades ?

Les auteurs qui se sont occupés de résoudre ces importantes questions ont pris pour type de tumeur maligne par excellence la variété du carcinôme. Il nous a malheureusement été impossible de nous procurer en son entier le tableau détaillé des résultats numériques fournis par cette sorte d'enquête encore incomplète et nous regrettons vivement de n'en avoir eu connaissance qu'indirectement et de seconde main. Aussi ne pourrons-nous faire mieux que de citer quelques chiffres isolés au lieu de reproduire des conclusions autorisées. La plupart de ces chirurgiens ont eu en vue presque exclusivement le carcinôme du sein et se sont surtout attachés à mettre en lumière les résultats éloignés des opérations précoces sans négliger cependant de montrer, par la comparaison des cas opérés et des cas non opérés, l'heureuse influence de l'intervention. Il appert de leurs statistiques que la guérison radicale des tumeurs malignes par l'extirpation est non seulement possible, mais a été obtenue dans une proportion de faits variant de 5 à 12 pour 100. Les opérations dirigées contre le cancer, prises dans leur ensemble, ont donné à Billroth dans une statistique strictement personnelle 23 cures définitives pour 100. Sur 29 cas de tumeurs malignes dont il a fait l'ablation et qui se décomposent en 5 cancers du pharynx, 14 de la langue et 10 du rectum, Kocher a eu 4 morts consécutives à l'intervention, soit 3 par septicémie et une par hémorrhagie. Des 25 autres malades opérés, 9 ont pu être tenus pour radicalement guéris.

Mais empressons-nous de dire que l'on est convenu de considérer, comme une guérison définitivement acquise, l'absence de toute récidive se maintenant pendant au moins trois années révolues à dater du jour de l'opération. Plus sévère que les chirurgiens allemands, Velpeau exigeait, pour que l'on fût en droit de regarder la guérison d'une tumeur maligne comme définitivement obtenue, un délai minimum de sept à huit ans. Paget réclamait une période de dix années sans récidive pour être fondé à croire à la guérison. Verneuil professait que, lorsque, quinze ans après une intervention énergique, un malade se représentait indemne de toute apparence de repullulation,

alors seulement on pouvait le tenir pour parfaitement guéri. D'autres chirurgiens se sont montrés plus indulgents. D'après Kocher, tout opéré qui ne porte point encore de récidive un an après l'extirpation peut être considéré comme radicalement guéri. Tel est aussi l'avis de Billroth.

Par contre, M. Desprès estime que les tumeurs malignes ne guérissent jamais définitivement et que les prétendues cures radicales que nous obtenons de temps à autre ne sont que des moments d'accalmie purement temporaire, mais d'autant plus durable que nous opérons plus tôt et plus largement. En outre il explique par des erreurs dans le diagnostic le plus grand nombre des guérisons permanentes et n'a pas hésité notamment à affirmer que toutes les femmes amputées du col utérin soi-disant pour tumeurs malignes et qui ont survécu plus de quatre ans n'étaient pas réellement atteintes d'une affection cancéreuse. L'examen histologique pour lui n'offre pas de garanties suffisantes, il induit souvent en erreur et M. Desprès ne veut pas de meilleure preuve de cette assertion que ce fait incontestable que maintes fois des proliférations glandulaires de la muqueuse utérine compliquées d'inflammation chronique en ont imposé pour un épithéliôme.

M. Lucas-Championnière se rallie presque entièrement à cette opinion; il insiste, à la suite de M. Desprès, sur les végétations épithéliales qui prennent naissance dans les glandes du col de l'utérus et que le microscope est impuissant à différencier des cancers vrais. Il admet donc que bien fréquemment les cas de survie extraordinaire ne sont en réalité que le fruit d'observations erronées.

Sans doute il serait téméraire de prétendre qu'une guérison puisse en aucun cas être assurée pour le reste de l'existence. D'ailleurs que le résultat final de l'opération s'appelle survie ou guérison, peu importe : il demeure vrai que la récidive est toujours à craindre. D'autre part le terme de trois ans fixé comme pierre de touche d'une guérison à jamais acquise est par lui-même tout à fait arbitraire et par conséquent très sujet à caution, néanmoins nous l'adopterons pour base commune de comparaison en l'entendant à la manière de Volkmann qui regarde la guérison comme devant très probablement persister, lorsque la maladie n'a présenté aucune récidive locale et aucune manifestion ganglionnaire pendant les trois premières années consécutives à l'extirpation. Nous conviendrons sans

difficulté que dans l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale il ne saurait être question d'arriver à une cure radicale des tumeurs malignes, si l'on prend cette expression dans son sens littéral, nous voulons dire en s'attaquant à la cause première de l'évolution du néoplasme pour l'anéantir. Mais nous devrons nous déclarer pleinement satisfaits lorsqu'à l'aide d'une opération, qui par elle-même est sans gravité la plupart du temps, nous aurons fait bénéficier nos malades d'une survie qui peut embrasser parfois de longues années. Lors donc que l'opération chirurgicale est possible et qu'elle est pratiquée en temps d'élection, la guérison au moins momentanée peut se maintenir plusieurs années après l'excision du foyer primitif.

A ce point de vue, il faut, d'après Kœnig, distinguer deux formes que revêt la guérison. A la première forme appartiennent les cas dans lesquels les opérés demeurent bien portants durant deux, trois et même quatre ans, puis sont pris de récidive. Cette guérison simplement temporaire est déjà en elle-même un résultat satisfaisant, étant donné que la plupart des sujets atteints de tumeurs malignes ont dépassé la première moitié de la vie, elle est relativement commune aujourd'hui et sa proportion d'après cet auteur s'élèverait à 30 pour 100. Il n'en est plus de même de la deuxième forme, la guérison vraiment définitive à la suite de laquelle nous voyons les opérés vivre de longues années et succomber à une affection toute différente. Aussi quelques praticiens ne regardent-ils pas comme parfaite une guérison dont la persistance se maintient trois années et même davantage.

Ces statistiques nous prouvent une fois de plus que l'ablation d'une tumeur maligne, alors même qu'elle est suivie de récidive, prolonge sensiblement l'existence des malades opérés. Par exemple en ce qui concerne le carcinôme du sein nous voyons que les femmes opérées survivent en moyenne de 36 à 39 mois, tandis que la durée approximative de la vie chez les femmes non opérées n'est que de 27 mois. Nous ne possédons pas de données rigoureusement exactes relativement à l'époque de l'apparition des récidives, mais les recherches de Paget et de Sibley nous ont mis en mesure d'apprécier la durée des tumeurs malignes récidivées. Paget, dans un relevé composé uniquement de squirrhes de la mamelle, a comparé la durée de la survie chez 61 femmes non opérées et chez 41 femmes opérées. La moyenne de la vie aurait été d'environ 3 ans chez

les malades opérées et de moins de 30 mois chez les malades non opérées. Le résultat de l'intervention chirurgicale aurait été, par conséquent, d'augmenter de plus de 6 mois la durée de l'existence. Sibley évalue pour les tumeurs malignes du sein, qu'il a opérées à l'hôpital de Middlesex, l'époque de la première manifestation de la récidive à un délai approximatif de 15 mois, à dater du jour même de l'extirpation, la survie moyenne ayant été de 30 mois 1/2.

Ces statistiques, déjà anciennes, sont insuffisantes pour nous permettre d'établir avec précision la proportion des repullulations tardives et surtout des circonstances dans lesquelles la guérison radicale paraît avoir été obtenue, mais elles nous font pressentir que la constance de la récidive est heureusement loin d'être démontrée nécessaire pour tous les cas. Warren a vu en effet, dans une pratique de 40 ans, un assez bon nombre de femmes, atteintes de tumeurs malignes du sein et opérées par lui, vivre encore 10, 15 et jusque 20 ans. Graefe, Erichson, Velpeau et Broca ont également cité des malades ayant survécu 15, 20 et même 25 ans à l'intervention. Par contre, Monro, sur un total de 60 tumeurs malignes, ne put compter que 4 malades exempts de toute trace de récidive deux ans après la première extirpation. Scarpa dit avoir vu trois fois seulement, dans le cours de sa longue carrière, des opérations faites pour des squirrhes n'être pas suivies de récidive. Mayo a trouvé que, pour le squirrhe du sein opéré dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire très largement et de fort bonne heure, il y a encore 95 récidives pour 100. Ces constatations sont, il est vrai, peu encourageantes; cependant, des faits relativement nombreux et anciennement connus prouvent que la réapparition du cancer peut, par une ablation prématurée et bien conduite, être retardée de plus de dix ans. Il y a longtemps déjà, un demi-siècle et plus, que l'on rapporte des exemples indéniables de tumeurs malignes ayant cédé radicalement à une intervention persévérante.

Nous choisirons à dessein pour ce chapitre, où nous traitons d'une façon très générale de la curabilité définitive des tumeurs malignes, des cas de guérison dont l'authenticité est hors de tout soupçon et qui sont, en quelque sorte, devenus classiques. Nous reproduisons plus loin, à titre de document, une observation prise en 1845 dans le service de Jobert (de Lamballe) et relative à une tumeur cancéreuse du col de l'utérus

traitée par l'amputation et la cautérisation. La malade qui fait le sujet de cette observation a été revue six ans après l'opération et ne présentait pas le moindre indice de récidive Dans un exemple de carcinôme, rapporté par Huenicken, le bénéfice de l'extirpation première se maintint pendant 8 ans. Sur un total de 61 malades affectés de tumeurs malignes pour lesquelles l'ablation fut tentée, Paget en a compté 15 ayant survécu 4 ans et 5 dont la vie s'est prolongée de 10 à 20 ans. Broca, sur 28 épithéliômes qu'il a opérés, constata 19 fois la récidive, les 9 autres malades n'ont pu être suivis un temps suffisant après son intervention; toutefois on ne serait pas en droit d'affirmer que dans ces 9 cas il y ait eu récidive plutôt que guérison. Follin cite trois cas de cancer du sein opérés par lui même et qui ont été respectivement 5, 7 et 11 ans sans donner lieu à la plus légère apparence de récidive. Dans deux cas d'épithéliôme mentionnés par Poulet et Bousquet, la récidive après une première extirpation s'est fait attendre jusqu'à 11 et 15 ans. Sur 5 amputations du pénis pour cause d'épithéliôme, une seule a fourni à M. J. Bœckel une survie de 4 ans ; encore dut-elle être accompagnée de l'excision des ganglions inguinaux dégénérés. M. Horteloup rapporte un fait de tout point identique. Un sarcôme de la tête du tibia, observé à la clinique de Wolkmann en 1886, nécessita la résection des extrémités osseuses articulaires ; la guérison se maintient parfaite durant 3 ans au bout desquels le malade fut perdu de vue. Plus près de nous, M. Plicque a réuni dans sa thèse de doctorat (1888) douze observations desquelles il ressort que des interventions opiniâtres et multipliées ont amené une guérison qui ne s'est pas démentie à la suite de plusieurs années.

D'autre part, les statistiques les plus récentes, que nous avons pu utiliser et qui se rapportent à la moyenne de la survie comparée chez les opérés et les non opérés, aboutissent à des résultats variables, quoique peu différents entre eux, mais toujours plus ou moins favorables à l'opération. Comme le chiffre des guérisons durables enregistrées dans les annales de la science semble devoir s'accroître d'année en année avec les progrès du manuel opératoire et la précocité de l'extirpation, nous devons faire profiter les malades de cette chance de salut, quoique les tumeurs secondaires soient souvent plus malignes cliniquement que les tumeurs primitives. Etant donné d'ailleurs que l'accroissement des néoplasmes ganglionnaires

est sous la dépendance directe du développement du foyer primitif, nous ne pouvons trancher le débat autrement que par l'affirmative. Le cancer primordial étant, par excellence, un centre de contagion locale qui tend à devenir de plus en plus générale, il y a indication et même urgence à en pratiquer l'ablation le plus tôt possible. Il faut alors se hâter, car chaque jour perdu ôte quelque chance de réussite à l'extirpation. En poursuivant le mal à travers plusieurs récidives répétées, on est parvenu à maîtriser son extension. On cite à ce propos des malades ayant subi jusqu'à 20 et même 30 opérations (Poncet).

En présence de pareils résultats, il pourrait paraître inutile et oiseux de nous poser la question suivante : Est-il avantageux de tenter l'ablation, alors que l'intervention est facile et ne met nullement la vie des malades en danger? Mais, sur ce point capital, il y a eu longtemps divergence dans les réponses des chirurgiens. Les uns, à l'appui de leur abstention, ont allégué l'extrême fréquence, pour ne pas dire même la constance absolue de la récidive, puisant l'explication, sinon l'excuse de leur conduite passive, dans l'insuffisance et l'insuccès des moyens thérapeutiques opposés vainement à la marche progressive des tumeurs malignes. Les autres sont allés jusqu'à prétendre que l'opération diminuait, bien loin de l'augmenter, la durée moyenne de la survie. Nous venons de voir ce qu'il faut penser de cette dernière assertion. Quant à la récidive, elle est, en effet, la pierre d'achoppement de toutes les interventions, mais n'est pas fatalement inévitable en toute circonstance. Il importe, du reste, de faire remarquer que les conséquences qui découlent de ces relevés sont loin de traduire la réalité des faits. L'on revoit toujours ou presque toujours les opérés frappés de récidive, mais ceux qui sont guéris définitivement nous échappent le plus souvent. Et encore, dans l'immense majorité des cas, lorsque la tumeur maligne récidive sur place, cela tient à ce que, malgré tout le soin apporté par le chirurgien dans l'extirpation, il arrive que des traînées et des prolongements éloignés échappent au bistouri. Ce fait est surtout vrai pour les cancers qui prennent naissance dans des régions et des organes mal délimités, tels les parois du rectum. Aussi les chances de succès seront-elles d'autant plus grandes, que nous interviendrons de meilleure heure et que nous enlèverons prématurément et en quelque sorte préventi-

vement, suivant le judicieux conseil de M. Kirmisson, les ganglions correspondants à la région malade.

Il ressort des considérations préliminaires que nous venons d'exposer que l'opération sera nettement indiquée toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'un sujet sain, alors que la tumeur maligne est bien circonscrite, facilement accessible et qu'il n'y a pas encore d'engorgement du système lymphatique ou du moins que les ganglions intéressés sont isolés, peu nombreux, mobiles et susceptibles d'une ablation complète.

(A suivre.)

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Le Dentu. — *Chondro-myxo-sarcome de l'humérus.* (Congr. franç. chir. Par., 18 oct. 1897).

Homme de 35 ans, atteint d'une tuméfaction fusiforme de la moitié inférieure de l'humérus. Désarticulation. La tumeur était formée à l'intérieur de masses bourgeonnantes translucides, et constituées par du tissu muqueux pur, du cartilage, de grandes cellules à noyaux multiples et une petite quantité de tissu osseux. A l'extérieur se voyaient des masses encapsulées, d'aspect gélatineux, contenant des calcosphérites. Ces corps présentaient, au microscope polarisant, le phénomène de la croix noire. Pas de récidive au bout de six mois.

Vanach. — *Sur un cas de désarticulation de l'épaule pour sarcome.* (Ejenedelnick, n° 25, 1897).

L'auteur signale un cas de désarticulation de l'épaule pour sarcome pratiquée il y a 14 mois, sans récidive actuelle. D'une étude portant sur 103 cas de ce genre, il conclut qu'il y a indication d'intervenir en pareille circonstance.

Appareil de l'innervation

Francesco de Grazia. — *Gliome de l'hémisphère gauche du cervelet avec symptômes fonctionnels cérébraux sans lésions de l'écorce.* (Gaz. M. Par., 23 oct. 1897).

Homme de 49 ans. Début de la maladie. il y a 6 semaines, par des vertiges, des vomissements et de la céphalée. Comme autres phénomènes cliniques on note de l'asthénie, de l'atonie musculaire, de l'astasie et différents troubles cardiaques et respiratoires. Mort rapide.

A l'autopsie, on a fait une section transversale du cervelet et on a trouvé dans l'hémisphère gauche une tumeur de forme sphéroïdale, dont le plus grand diamètre était d'environ quatre centimètres. Elle occupait la place de la substance blanche.

La tumeur avait une consistance cornéenne et était de couleur rouge-grisâtre. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un gliôme richement vascularisé.

Malgré la présence d'une tumeur assez volumineuse pour prendre presque toute la place de la substance blanche de l'hémisphère gauche du cervelet, les nerfs différents ne présentaient pas de signes de dégénérescence. En outre l'écorce cérébrale était restée intacte, de même que les nerfs du cervelet.

Cottey et **Morely**. — *Tumeur cérébrale. Epilepsie jacksonienne. Hemicrâniectomie.* (Soc. anat. Par., nov. 1897).

Observation d'une femme de 27 ans, atteinte de céphalée, vertiges, vomissements, hémiparésie droite. Attaques d'épilepsie jacksonienne. L'hémicrâniectomie est pratiquée avec incision de la pariétale et de la frontale sans rien découvrir. Mort 15 jours après l'opération. On trouve, à l'autopsie, une tumeur du volume d'une mandarine au niveau du lobule paracentral. C'est un sarcome à petites cellules.

Appareil des sens spéciaux

Salva. — *Sarcome de l'orbite.* (Dauphiné Méd., oct. 1897, 221).

Femme de 63 ans, atteinte depuis 8 mois environ d'une tumeur de l'orbite, qui a progressivement grossi et occupe la portion inféro-externe de la cavité en se prolongeant en haut. Elle a la forme d'un demi-anneau qui enserre le globe oculaire, à peine dévié. L'ulcération

de la cornée. Légère diplopie. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ablation de la tumeur. Suites excellentes. Au microscope, neuco-sarcome globo-cellulaire. Pas de récidive locale au bout d'une année, mais apparition de deux petites tumeurs probablement de même nature sur la voûte palatine.

Davezac. — *Cancroïde du nez traité par la méthode de Cerny et Trunecek; guérison.* (J. M. Bordeaux, 7 nov. 1897, 521).

Homme de 83 ans, atteint d'une ulcération épithéliomateuse du nez ayant récidivé deux fois après l'ablation au thermo-cautère. Application tous les jours du topique arsénical Cerny et Trunecek. (Voir *Rev. des mal. canc.*, T. II, 233). Disparition complète de la lésion.

Borde. — *Traitement de l'épithélioma de la face par la solution arsénicale.* (J. M. Bordeaux, 10 oct. 1897, 473).

L'auteur a eu à traiter un épithélioma de la face; la tumeur, du volume d'une cerise, fut enlevée à l'aide des ciseaux; elle ne tarda pas à se reproduire et après ablation on fit une application de la solution arsénicale, préconisée par Cerny et Trunecek. Le lendemain de l'application, la surface ulcérée était recouverte d'une croûte jaunâtre. Les pansements furent renouvelés tous les deux jours et la guérison complète survint.

G. Dubar. — *Sarcome embryonnaire mélanique développé au niveau d'une tache pigmentaire.* (Soc. anat. Paris, févr. 1897, 186).

Il s'agit dans ce cas d'une femme de 53 ans qui, depuis une quinzaine d'années, portait une tache pigmentaire un peu en dehors de la commissure externe de l'œil gauche. A la partie externe s'est montré récemment un nodule dur, noir, qui a rapidement atteint le volume d'une bille à jouer. L'ablation en est pratiquée et l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire mélanique avec des points non pigmentés.

J.-B. Morgan. — *Traitement du cancer cutané.* (Med. News., 21 août 1897).

L'auteur rapporte plusieurs cas de cancer de la peau traité avec succès par les caustiques. Il se sert de la pâte de Marsden, formée de parties égales d'acide arsénieux et de gomme arabique pulvérisée avec addition d'eau, de façon à faire une pâte qu'on étend en couche épaisse sur les parties malades et qu'on laisse 15 à 20 heures. Si le cancer n'est pas ulcéré, on l'excorie d'abord au moyen d'un crayon de potasse caustique.

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

G. Marion. — *Du sarcome de la langue.* (Rev. de chir., 78, 1897).

De cette étude l'auteur tire les conclusions suivantes : Le sarcome de la langue, qui doit être différencié du lymphosarcome, est rare. On n'en a publié que vingt-quatre observations. L'étiologie en est obscure. Au point de vue histologique, il s'agit de sarcomes à cellules rondes ou à cellules fusiformes.

Tantôt la tumeur est pédiculée, tantôt le néoplasme prend la forme interstitielle, d'où quelques différences dans la symptomatologie. Il est rare de noter des hémorrhagies et des douleurs ; par contre, l'engorgement ganglionnaire n'est pas exceptionnel, qu'il reconnaisse pour cause soit l'inflammation, soit la généralisation. C'est ce qui explique que, dans la moitié des cas, le pronostic est bon et la guérison possible. Ce néoplasme est justiciable d'interventions partielles.

A. Pilliet. — *Leucoplasie linguale et épithélioma.* (Soc. anat. Par., juillet 1897, 617).

Homme de 58 ans. Syphilis antérieure. Nombreuses poussées antérieures de psoriasis. Sur le bord droit de la langue existe un petit papillome à base molle, qui s'est développé là où se trouvait depuis longtemps une plaque de leucoplasie. Ablation du papillome dont l'examen histologique a démontré la nature épithéliomateuse.

Verdelet. — *Cancer de la langue et des ganglions cervicaux. — Propagation à la veine jugulaire.* (J. M. Bordeaux, 28 nov. 1897, 561).

Dans une opération de récidive de cancer ayant intéressé les ganglions du cou, on a dû réséquer une portion de la jugulaire interne. Or, dans l'intérieur de cette veine existait un bourgeon cancéreux, prêt à se détacher et pouvant devenir la cause d'une embolie pulmonaire. Ce fait vient à l'appui de la généralisation possible du cancer par voie sanguine.

E. Druon. — *Gastrotomie pour cancer de l'œsophage. — Mort par suite de rétraction de l'estomac.* (J. Sc. M. Lille, 25 déc. 1897).

Homme de 46 ans, atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage devenu infranchissable. Gastrotomie. Mort le 10^{me} jour de l'intervention A l'autopsie on a trouvé un épithélioma ulcéré s'étendant du

niveau de l'anneau cricoïdien jusqu'à 8 cent. au-dessous. L'estomac ne mesurait plus que 13 cent. en hauteur et 7 en largeur ; il ne pouvait contenir que 150 gr. environ de liquide.

2° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Carless. — *Gastrotomie par la méthode de Kader.* (Méd., Mod., 9 octobre 1897).

Cette gastrotomie a été ainsi pratiquée sur un homme de 53 ans, atteint d'un cancer de l'œsophage :

On fit une incision verticale qui s'étendait en descendant un peu en dessous du cartilage de la 8e côte jusqu'à 2 pouces et demi ; le grand droit de l'abdomen fut mis à nu et ses fibres séparées. Le péritoine incisé, l'estomac fut facilement trouvé ; il fut tiré en remontant, une petite ouverture y fut pratiquée et un drain sans ouverture latérale y fut inséré de manière à faire saillie dans sa cavité, à peu près de 15 millimètres. Ce tube fut cousu avec de la corde à boyau aux bords de l'ouverture stomacale à laquelle il s'appliqua exactement, étant couché à plat sur les parois du viscère où on l'ensevelit en formant deux plis verticaux comprenant les couches séreuse et musculaire de l'estomac ; ces couches furent unies par-dessus le tube par des sutures de Lembert à une distance d'un pouce et demi ; le sommet de ces plis réunis fut alors fixé par des sutures en corde à boyau à la partie supérieure des bords divisés du péritoine pariétal, de manière à assurer l'estomac à la paroi abdominale ; puis la portion de la paroi de l'estomac en dessous du tube fut fixée au péritoine pariétal à l'angle inférieur de la plaie ; le grand droit divisé fut alors uni par des sutures aussi loin que possible et la partie supérieure de l'incision cutanée fermée jusqu'au tube.

C. Schlatter. — *Extirpation totale de l'estomac suivie d'œsophago-entérostomie.* (Presse méd., 1er janvier 1898.)

Femme de cinquante-six ans, présentant tous les symptômes du cancer gastrique. Laparotomie.

Cancer diffus de l'estomac. Dans ces conditions, Schlatter pratiqua l'opération suivante : Après avoir séparé l'estomac du grand et du petit épiploon, il sectionna le cardia au ras de l'œsophage et traita de même le duodénum tout près du pylore. Il essaya alors de ramener le duodénum au niveau de l'œsophage, mais ceci ayant échoué, il invagina la lumière du duodénum et la ferma par une suture à deux étages. Partant ensuite du repli duodéno-jéjunal, il déroula l'intestin sur une étendue de 30 centimètres, choisit une anse, la fit passer par-dessus le côlon transverse et la ramena au niveau de l'œsophage

auquel il la fixa par une suture séro-séreuse. Il l'incisa ensuite sur une étendue de 1 cent. 1/2, sutura circulairement sa muqueuse à celle de l'œsophage et fit par-dessus une suture séro-musculeuse et une suture de Lembert à points séparés. Les pinces une fois enlevées, l'œsophage se rétracta et attira la suture au-dessus du diaphragme.

Les suites opératoires furent simples. Deux mois après l'opération, la malade avait gagné 9 livres. L'intestin suffisait avec le pancréas à la digestion des aliments.

Ewald. — *De la valeur des interventions chirurgicales dans le cancer de l'estomac.* (Berl. Klin. Woch., sept. 1897).

Dans ce travail, Ewald fait un relevé des opérations pratiquées sur l'estomac en ces dernières années. Il mentionne 27 gastro-entérostomies, 17 résections de l'estomac et 22 gastrotomies, la plupart de ces interventions faites pour cancer. Sur 26 cas de gastro-entérostomie (dont 25 pour cancer du pylore) il y a eu 16 décès; 3 opérés ont succombé au choc opératoire, 2 à l'affaiblissement du cœur et les autres à l'inanition par défaut d'absorption intestinale et au circulus vitiosus.

Sur 15 cas de résection de l'estomac (dont 3 pour cancer et 12 pour ulcères) l'auteur relève 11 morts. Quant aux opérations de gastrotomie, au nombre de 22, faites pour cancer de l'œsophage, elles ont été suivies 12 fois de mort survenant vers la quatrième semaine en moyenne par carcinose généralisée. Les survivants ne vivent guère plus d'un trimestre.

Après avoir fait ressortir que ces résultats sont peu encourageants et qu'il ne faut pas se faire d'illusion, même en opérant dans les meilleures conditions possibles, l'auteur termine ainsi : « J'ai communiqué ces conclusions, malgré que, ou plutôt parce qu'elles montrent les choses sous des couleurs moins roses que la plupart des travaux contemporains; elles atténueront peut-être l'enthousiasme de quelques médecins plus chirurgicaux que les chirurgiens eux-mêmes. En réalité l'affaiblissement général de l'organisme et l'auto-intoxication cancéreuse mettent une limite aux interventions chirurgicales, limite qui ne sera probablement jamais franchie, étant donné le point de perfection où est arrivée dès maintenant la chirurgie. »

M. Letulle. — *Cancer colloïde du duodénum.* (Soc. Méd. des hôp., janvier 1895).

Homme de 55 ans. En 1895 premiers accidents d'ulcère stomacal ou duodénal et en particulier hémorragies par la bouche et par l'anus. Traitement lacté et amélioration. Au mois d'octobre de la même année retour d'accidents identiques, traités de la même façon. Dans la suite quelques douleurs d'estomac modérées, mais à partir du mois de

juin 1897, vomissements, diarrhée et tuméfaction de la région épigastrique, au niveau de laquelle on constate une grosse tumeur fixe et profonde, que l'on regarde comme un cancer de l'estomac. A l'autopsie on a trouvé dans le duodénum les lésions d'un vaste ulcère simple, d'origine ancienne, au centre duquel s'était développé secondairement un cancer colloïde; il y avait oblitération complète du canal pancréatique (qui était unique); le pancréas était atrophié et fibroïde.

Reichard. — *Résection de l'estomac pour cancer.* (Berl. Klin. Woch., n° 45, 1897).

Dans ce travail l'auteur relate 13 cas de résection de l'estomac. L'opération a consisté à enlever les parties malades, à fermer l'estomac et à l'aboucher à l'intestin. Sur ces 16 cas il y a eu 10 morts dont 4 de péritonite, 1 de choc opératoire, 2 d'inanition, 1 d'hémorragie interne, 1 de néphrite et 1 de pleurésie purulente.

Vitrac et Laubie. — *Sarcome de l'intestin.* — *Entérorraphie circulaire.* (J. M. Bordeaux, 2 oct. 1897, 495).

Femme atteinte d'une tumeur de la moitié gauche de l'hypogastre donnant lieu à des crises douloureuses. Pas de troubles digestifs; ni mélæna ni hématémèses; état général bon. La tumeur était mobile, mate et paraissait fluctuante. La laparotomie a montré qu'elle s'implantait par un pédicule, large d'un centimètre, sur le bord libre de l'intestin. On dut en réséquer 8 centimètres et faire l'entérorraphie circulaire. Guérison. Au microscope il s'agissait d'un sarcome.

Julliard. — *Utilité de l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum.* (Congr. chir. Par., 22 oct. 1897).

L'anus contre nature préalable et définitif dans le traitement opératoire ou palliatif du cancer du rectum présente les avantages suivants :

Il permet la désinfection complète de l'extrémité inférieure de l'intestin.

Après l'opération, il met la plaie à l'abri de l'invasion des matières fécales.

Il permet d'alimenter les malades avant et après l'opération, et laisse ainsi le malade au repos.

Toute extirpation du rectum aboutissant à un anus contre nature, l'anus iliaque est de beaucoup préférable aux autres. En cas de récidive il rend la seconde opération plus facile.

Quant à l'ablation du rectum, elle ne doit être pratiquée que 15 jours après l'établissement de l'anus iliaque. Sur cinq malades ainsi opérés, aucun n'est mort des suites de l'intervention.

Mossé et Daunic. — *Cancer primitif de l'appendice.* (Soc. anat., nov. 1897, 814).

Cette pièce a été trouvée sur une femme de 50 ans, morte de maladie cardiaque. L'appendice était très augmenté d'épaisseur ; du volume d'une datte, dur, il mesurait 45 millimètres de circonférence. Le microscope a fait reconnaître l'intégrité presque absolue de la couche musculaire et en dedans une masse épithéliomateuse, au centre de laquelle existait un espace creux minime. Le cœcum et les autres organes étaient intacts.

U. Guinard. — *Cancer de l'angle gauche du côlon. Résection.* (Soc. anat. Par., déc. 1897).

Femme de 46 ans, presque cachectique, portant une tumeur de l'hypochondre gauche. Laparotomie. On découvre un carcinome de l'angle gauche du côlon, qui est largement réséqué. Guérison. Pas de récidive immédiate.

V. Gallet. — *Traitement du cancer du rectum.* (Cong. chir. Paris, 22 oct. 1897).

Toutes les fois que cela sera possible, l'opération de choix doit être l'ablation totale du néoplasme. Gallet préconise le procédé suivant : Longue incision ayant son point de départ à 2 ou 3 cent. en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, se dirigeant obliquement en dedans pour s'arrêter à 2 cent. de l'épine pubienne gauche. Ouverture du péritoine et exploration du néoplasme. S'il peut être mobilisé, on l'amène à l'angle inférieur de la plaie ; on mobilise, d'autre part, le bout sigmoïdal de l'intestin et surtout le bout rectal après section du péritoine sur les côtés, décollement du rectum et au besoin incision des aponévroses sacro-rectales.

Le néoplasme est ensuite réséqué et, au lieu de chercher à suturer les deux bouts, on les abouche simplement en canon de fusil dans l'angle inférieur de la plaie. On crée ainsi un anus contre nature que l'on peut traiter plus tard par l'entérotomie et l'anaplastie, si c'est nécessaire.

Ch. Willems. — *Technique opératoire du cancer du rectum.* (Cong. chir. Par., 22 oct. 1897).

Pour l'ablation des cancers qui ne dépassent pas l'ampoule, l'auteur préconise une méthode dont le premier temps comprend ce qu'il a appelé la périnéotomie à lambeau. Elle s'exécute ainsi : On pratique au-devant de l'anus au niveau du bord antérieur du sphincter, une incision cutanée transversale de 6 centimètres qui coupe le périnée en travers, et de chacune des extrémités de cette incision une autre incision dirigée obliquement en haut et en arrière, le long des tubé-

rosités ischiatiques, et longue de 4 centimètres au moins. Ces incisions latérales peuvent être profondes d'emblée.

Un cathéter étant placé dans la vessie, on entame, aux ciseaux, la séparation du sphincter et du bulbo-caverneux ; le premier est attiré en arrière et le second en avant pendant cette dissection ; à 3 centimètres de profondeur, on a atteint le bord supérieur du sphincter et le bulbe est séparé du rectum.

Avec les index on sépare la région membraneuse, puis la prostate de la face antérieure du rectum. Il en résulte une plaie transversale profonde, bridée latéralement par les faisceaux antéro-postérieurs du releveur, que l'on sectionne. On continue ensuite, sur la ligne médiane, la séparation des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie et, après section d'une nouvelle portion du releveur, on arrive au cul-de-sac péritonéal, que l'on incise jusqu'aux extrémités de la plaie. On a ainsi un lambeau qui comprend toute l'extrémité inférieure du rectum, dont la paroi antérieure se trouve en quelque sorte extraite du périnée. Cette périnéotomie a pour avantage d'aborder le rectum par sa face antérieure, c'est-à-dire par la région dangereuse.

L'opération est ensuite terminée par l'ablation du rectum et par la création d'un anus artificiel. Willems préconise, à cet effet, l'anus fessier par lequel il reconstitue un sphincter aux dépens du grand fessier. (*Voir Rev. des maladies cancéreuses*, T. II, p. 101).

F. Tailhefer. — *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum.* (Cong. chir. Par., 22 oct. 1897).

L'auteur donne un résumé de seize opérations pour cancers primitifs du rectum pratiquées par Jeannel. Il les fait suivre de quelques remarques relatives aux indications opératoires et conclut ainsi : Sur seize cancers traités il y a eu quatre extirpations par le double volet avec trois morts et une guérison.

Onze anus artificiels qui ont donné une survie moyenne de huit mois.

Deux rectotomies internes avec deux morts.

L'anus artificiel est utile, car il supprime la douleur de la défécation et l'intoxication stercorale, mais les malades continuent à souffrir à cause de l'expulsion des matières glaireuses et purulentes qui proviennent de l'infection surajoutée au foyer cancéreux ulcéré.

La rectotomie interne peut lutter quelque temps contre le rétrécissement mais elle expose à l'envahissement de la plaie opératoire par le cancer. Cet essai de conservation de la fonction rectale est rarement couronné d'un succès durable et on est obligé, après peu de temps, de remplacer le rectum par un anus artificiel.

J. Bœckel. — *Résultats éloignés de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque.* (Cong. chir. Par., 22 oct. 1897).

De cette communication portant sur l'exposé de 50 observations personnelles, Bœckel tire les conclusions suivantes :

Les cancers ano-ampullaires et ampullaires moyens (8-16 cent.) sont justiciables soit de l'extirpation par la voie périnéale, soit de la résection : 43 opérations; 3 décès.

La survie peut être de plusieurs années : six, huit, dix, onze et même douze ans (1 cas), cependant il n'y a guère que le quart des malades qui atteigne ou dépasse la troisième année : sur trente opérés huit ont atteint cette survie; sept ne sont opérés que depuis six à vingt mois. Des quinze autres, un a vécu deux ans et quatre mois ; neuf ont récidivé entre un an et deux ans ; cinq ont récidivé ou sont morts entre cinq et dix mois.

Les cancers sus-ampullaires peuvent de même être extirpés, avec succès, par la voie sacrée ou la voie sacro-périnéale. Le pronostic est plus grave et les chances de survie moindres.

Les tumeurs plus élevées, celles de l'S iliaque, peuvent également être extirpées, de préférence par le procédé imaginé par l'auteur. Toutefois cette opération n'est qu'une opération de nécessité, car elle a été suivie de mort cinq fois sur dix interventions.

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Terrier. — *Ablation d'une tumeur du foie.* (Soc. chir. Par., 1897).

Terrier a appliqué dans un cas de tumeur du foie dont l'origine était difficile à déterminer, la méthode préconisée par MM. Kousnetzoff et Pensky. En employant le système des ligatures en chaîne qu'ont décrit ces auteurs, il a enlevé au thermocautère, sans la moindre hémorrhagie immédiate, une tumeur de nature épithéliale située au niveau du bord antérieur du foie et pesant 270 grammes. Mais un frottement exercé sur la surface de section a déterminé, après l'ablation de la tumeur, une petite hémorrhagie qui a forcé d'appliquer une pince à forcipressure. On a dû laisser le ventre ouvert, et exercer une légère compression sur la plaie hépatique ; la cicatrisation s'est faite assez rapidement. Amélioration à la suite de l'opération.

Hervé. — *Cancer nodulaire du foie.* (J. M. Bordeaux, 5 octobre 1897, 466).

Homme de 64 ans, présentant des symptômes de cancer de l'estomac avec propagation au foie. A l'autopsie on a trouvé un foie volumineux, pesant 4,500 grammes, parsemé de nombreux nodules cancéreux. Le

parenchyme hépatique était presque complètement détruit et n'existait que par places et sous forme de minces travées ; mais nulle part, dans aucun autre organe, on ne trouvait de nodules cancéreux : intestin, estomac, reins, épiploon, rate, pancréas et poumons étaient absolument sains. Enfin, les voies biliaires elles-mêmes étaient entièrement épargnées.

L'examen histologique a permis de conclure que l'on a eu affaire à un épithélioma alvéolaire primitif.

Griffon et Ségall. — *Sarcome de la vésicule biliaire propagé au foie.* (Soc. anat. Par., juillet 1897, 586).

Cette tumeur a été trouvée sur une femme de 76 ans. Elle occupait le fond de la vésicule sous forme d'une masse dure, fibreuse, criante à la coupe. Les voies biliaires étaient perméables. Dans le foie existaient de nombreux noyaux, blancs ou jaunes. Des coupes ont montré que du fond de la vésicule partaient dans l'épaisseur du foie des traînées blanchâtres, triangulaires, à base répondant à la vésicule. Tout le parenchyme, surtout à gauche, était farci de nodules irréguliers, étoilés. Un ganglion au niveau du hile. Par l'examen histologique on a constaté qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé à cellules fusiformes.

Rœbé. — *Epithélioma primitif de la vésicule biliaire.* (Soc. anat. Par., juin 1897, 565).

Femme de 64 ans, ayant présenté depuis un an des crises douloureuses dans l'hypocondre droit et un peu d'ictère, accompagnés de la formation d'une tumeur. La laparotomie conduit sur la vésicule biliaire, au fond de laquelle s'est développée une tumeur dure de la grosseur d'une noix. Sur le canal cholédoque on perçoit une petite tumeur enchâtonnée dans la paroi du canal. Pas d'engorgement ganglionnaire, autres organes sains. Ligature du canal cystique et ablation de la tumeur. Suites normales. Au microscope la tumeur est reconnue comme un épithélioma cylindrique squirrheux primitif.

A. Thomas et Noica. — *Epithélioma primitif de l'ampoule de Vater.* (Soc. anat. Par., juin 1897, 501).

Femme de 73 ans. Début de la maladie il y a un an, qui s'est progressivement caractérisée par de l'anorexie, de l'ictère, une douleur dans l'hypocondre droit. Mort par angiocholite suppurée. A l'autopsie ou a trouvé un carcinome de l'ampoule de Vater avec oblitération du canal choledoque.

Mailland et Audry. — *Cancer secondaire du cœur.* (Province Méd., 27 nov. 1897).

Cancer du cœur secondaire à un cancer de la vésicule biliaire. On a trouvé à l'autopsie deux noyaux de la grosseur d'une noisette siégeant près de la pointe, l'un à la face antérieure, l'autre à la face extérieure du ventricule gauche.

Aucun signe clinique net n'avait permis de faire le diagnostic, la malade ayant uniquement présenté deux ou trois accès de palpitations très fugaces ; à l'auscultation, les bruits étaient sourds, mal frappés ; peu perceptibles, mais il n'y avait pas d'arythmie, ni de bruits anormaux.

F. Bezançon et Bertherand. — *Tumeur de la rate secondaire à un épithélioma de l'estomac.* (Soc. anat. Par., nov. 1897).

Observation d'un homme de 35 ans, atteint de cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure par Tuffier, qui constate, de plus, l'existence d'une volumineuse tumeur adhérente à l'estomac. Mort quelques jours après l'opération. A l'autopsie on note un épithélioma très petit de l'estomac, et une grosse tumeur de la rate de même nature.

Appareil de la sécrétion urinaire

Albarran. — *Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.* (Annales gén. ur., 1897, p. 785).

Les tumeurs bénignes récidivent dans une proportion de 14 0/0 et les tumeurs malignes dans celle de 31 0/0, avec une mortalité opératoire de 6 0/0 pour les bénignes et 45 0/0 pour les malignes.

Sur 29 opérations, Albarran a une mortalité globale de 20 0/0, nulle pour les papillomes dont aucun n'a récidivé (même après six ans et quatre mois). Pour les tumeurs malignes, il fait une résection plus ou moins large des parois de la vessie (avec ou sans résection de l'uretère et symphyséotomie). La récidive est plus à craindre ici ; pourtant Albarran a des cas de survie longue (trois ans et quatre mois).

J. Verhoogen. — *Note sur deux cas de résection partielle de la vessie intéressant l'embouchure d'un uretère.* (Ann. Soc. belge chir., 15 déc. 1897).

L'une des observations a trait à une femme de 38 ans portant une tumeur saillante, ulcérée et largement implantée aux environs de la

région uretérale. Taille hypogastrique. Ablation de la tumeur qui entoure l'uretère. La brèche vésicale ne pouvant être suturée, on forme avec l'utérus et les anses intestinales une loge où débouche l'uretère et qui communique avec le réservoir vésical. Tamponnement à la gaze. Suites immédiates bonnes, mais récidive rapide, cachexie et mort quatre mois plus tard. La tumeur était un carcinome.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 74 ans, atteinte également d'un cancer occupant le même siège et enlevé par la voie vaginale. Après avoir créé avec le bistouri, du côté gauche, une voie paravaginale et fendu longitudinalement le vagin, ce qui a donné naissance à une large brèche, Verhoogen a détaché la muqueuse vaginale de la tumeur vésicale, ouvert la cavité vésicale et attiré en bas la tumeur. Il l'a ensuite extirpée en totalité. La cavité péritonéale a été ouverte et l'uretère sectionné. Ce dernier est alors fixé sur une sonde, dont l'autre extrémité est amenée au dehors au travers de l'urètre. La brèche vésicale et la plaie vaginale ont ensuite été suturées, après fixation de la paroi uretérale dans l'angle de la plaie vésicale. Sonde de Pezzer à demeure.

Dans les jours suivants, toute l'urine s'écoule par les deux sondes. Le septième jour la sonde uretérale est enlevée ; le onzième jour on constate, par le vagin, un léger écoulement d'urine, qui continue pendant une semaine, puis disparaît pour ne se reproduire que quand la vessie est distendue. La sonde à demeure est conservée pendant quelque temps. Six semaines plus tard la plaie opératoire est bien cicatrisée. L'état général est bon. Par suite de l'atonie du col vésical il persiste un peu d'incontinence.

De Myttenaere. — *Carcinome des capsules surrénales; Métastases cardiaques.* (Soc. an. path. Belg., 10 déc. 1897).

Femme de 37 ans; à l'autopsie on a trouvé deux tumeurs surrénales et des noyaux carcinomateux du cœur. D'après l'examen histologique il s'agissait d'un carcinome primitif des capsules surrénales avec métastases dans le péricarde et le myocarde.

Weinberg et Turquet. — *Cancer des capsules surrénales avec noyau métastatique du cervelet.* (Soc. anat. Par., oct. 1897, 751).

Femme de 36 ans, opérée il y a deux ans d'une tumeur du sein. Depuis quelque temps, douleurs lombaires, puis symptômes de tumeur du cerveau et mort. A l'autopsie on a trouvé dans le cervelet une tumeur molle, épithéliomateuse, occupant le vermis inférieur. Dans les capsules surrénales existait un néoplasme primitif.

Gahoubian. — *Fibrome de la vessie.* (Ann. Mal. org. gén. ur., août 1897).

Cette tumeur rare pesait 120 grammes et siégeait sur la paroi antéro-supérieure latérale droite de la vessie. Ablation; pas de sutures; tamponnement et drainage. Deux mois plus tard la guérison était complète et la cavité vésicale pouvait contenir 250 grammes de liquide.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de la femme

Camelot. — *Utérus fibromateux avec cancer de la muqueuse du corps.* (J. Sc. M. Lille, 1er janv. 1898).

Femme de 49 ans, hystérectomie abdominale. Sur la pièce on constate plusieurs fibromes occupant le fond de l'utérus et une infiltration verdâtre de la muqueuse du corps épaissie de 3 à 4 millimètres. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma développé aux dépens des glandes de la muqueuse utérine.

L. Dubar. — *Sarcome de l'ovaire droit englobant une partie de l'utérus. Extirpation difficile.* (Echo M. du Nord, 21 nov. 1897, 547).

Femme de 55 ans, atteinte d'une tumeur dure, siégeant dans l'hypocondre gauche, et accompagnée d'assez vives douleurs. Anémie très prononcée. Laparotomie. Les nombreuses adhérences avec les organes voisins étant détruites, on constate que la tumeur est étendue à tout le ligament large et englobe la corne utérine. Ablation par morcellement et pédiculisation externe. Suites excellentes. Cette tumeur était un sarcome globo-cellulaire.

A. Montprofit. — *Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus.* (Cong. chir. Par., 18 oct. 1897).

Comme pour les fibromes, l'auteur emploie aussi l'hystérectomie abdominale pour enlever les tumeurs malignes du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale. S'il s'agit d'une tumeur maligne du corps de la matrice avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen lui paraît infiniment préférable à

tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement ; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase. Il utilise volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou vagino-abdominale.

Moussatoff. — *Trois cas de cancer de l'utérus inopérables traités par l'extrait de chelidonium majus.* (Medicinskoïe Obosrenïe, n° 4, 1897).

Moussatoff emploie les injections interstitielles de l'extrait de chelidonium ; la dose initiale de 10 centigrammes est portée progressivement à 1 gr. 5 (l'extrait était mélangé avec de l'eau distillée en proportion de 1 pour 2). Après l'injection, on introduit dans le vagin un tampon trempé dans une solution aqueuse à 50 0/0 d'extrait. Parfois, après l'injection, la malade est prise d'un frisson violent durant une heure environ ; la température s'élève considérablement et peut atteindre 40°5. Les malades transpirent fortement, et, trois heures après le frisson, tous les phénomènes anormaux disparaissent. Dans un cas, Moussatoff prescrivit l'extrait de chelidonium à l'intérieur simultanément avec les injections.

Quant aux résultats, il a constaté d'abord une amélioration considérable de tous les symptômes : les douleurs et les hémorrhagies diminuaient ou disparaissaient complètement ; l'état général s'améliorait ; le sommeil et l'appétit revenaient ; la tumeur diminuait de volume. Mais cette amélioration ne fut que passagère : au bout d'un ou deux mois, l'état redevenait le même qu'avant le traitement.

Fehling. — *Le cancer de l'utérus dans la grossesse et l'accouchement.* (69e Cong. nat. all., 20 sept. 1897).

Dès qu'au cours d'une grossesse on a reconnu l'existence d'un cancer, il faut opérer, si le cas est opérable, sans tenir compte de l'enfant. Si l'opération est impossible, il faut d'autant plus se soucier de la vie de l'enfant que celle de la mère est sacrifiée. D'ailleurs, pendant la grossesse, l'opération est plus facile, par suite de l'imbibition séreuse des tissus.

Si l'utérus est trop volumineux pour être extrait par la voie vaginale, il faut avant tout diminuer le volume de l'uterus. Quelquefois il suffira de ponctionner la poche des eaux. D'autres fois on devra inciser l'utérus sur la ligne médiane et enlever le placenta. Si l'enfant est trop volumineux pour passer par le vagin et surtout s'il est viable on l'extraira par l'opération césarienne. L'extirpation totale par la méthode de Freund semble donner de mauvais résultats.

Une fois le diagnostic posé, il faut renoncer à toute exploration, à tout curettage des parties cancéreuses. L'excision du col n'est acceptable que comme traitement palliatif.

Si le cancer est reconnu pendant l'accouchement, l'extirpation totale, si elle est encore possible, doit être faite aussitôt après la délivrance. Si le cancer est inopérable, il faut enlever les parties malades à la curette, inciser hardiment les parties latérales du col et attirer la tête avec le forceps dès que l'ouverture sera suffisante. La version expose davantage à la rupture de la paroi utérine. Si le fœtus est mort, on fera la perforation du crâne. Si l'enfant est vivant et ne peut passer par le vagin on aura encore recours à l'opération de Porro et non à la simple opération césarienne.

Tout cancer utérin reconnu après l'accouchement doit être enlevé aussitôt que possible.

Thorn. — *Du cancer de l'utérus.* (69e Cong. nat. all., 20 sept. 1897).

Dans les cas de cancer de l'utérus, l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale est une bonne opération palliative. Les opérations par les voies sacrée, périnéale et abdominale sont plus dangereuses et ne donnent pas de meilleurs résultats.

Dans tous les cas de cancer utérin, limité ou avec extension, quand l'utérus est suffisamment mobile et pas trop volumineux, il faut faire l'extirpation totale par le vagin. Qu'il s'agisse d'un cancer du col ou du corps, il faut enlever les annexes, si cela est possible, sans augmentation des dangers. Les pédicules seront suturés dans les angles de la plaie et la fente péritonéale sera fermée. Si l'utérus gravide ne peut être enlevé en bloc à cause de son volume ou de l'étroitesse du bassin, après avoir ouvert le cul-de-sac vaginal antérieur, on ouvrira la paroi antérieure de l'utérus ; puis, après avoir extrait le fœtus, on enlèvera l'utérus ainsi diminué de volume. Il est rare, même à terme, que l'on doive recourir à l'opération de Freund. S'il s'agit d'un cancer du col tout au début et s'il existe des complications (âge avancé, maladie du système vasculaire, néphrite, tuberculose, etc.) on se bornera à faire l'amputation par le procédé de Schrœder. Si l'utérus est immobilisé par l'extension du cancer, on renoncera à toute opération radicale.

Sur 10,500 malades, on a compté, à la clinique de Magdebourg, 226 cancers utérins, soit une proportion de 2 %. Sur ce nombre il y avait 11 % de cancers du corps. On ne comptait que 80 (35 %) cas opérables, et sur ce nombre 34 (42.5 %) pouvaient être regardés comme dépassant les limites de l'utérus. 71 malades ont été opérées (5 ont refusé l'opération et 4 ont été opérées ailleurs) ; 9 ont subi l'amputation du col et 62 l'extirpation totale (dans un cas on a fait aussi la laparotomie). De ces dernières une seule malade, âgée de

soixante et un ans, a succombé onze heures après l'opération (mortalité 1,6 °/₀) ; deux utérus étaient gravides (2e et 4e mois) et 16 fois il s'agissait de cancer du corps,

Michel. — *Epithélioma de l'ovaire.* (J. M. Bordeaux, 24 oct. 1897, 496).

Femme de 49 ans, présentant comme antécédents des douleurs survenues à la suite de couches et tenant à de la salpingite suppurée. Depuis quelques mois, douleurs plus vives et augmentation de volume du ventre due à une tumeur dure, volumineuse, arrondie, occupant la région hypogastrique. La tumeur fait saillie dans les culs-de-sac du vagin ; elle paraît indépendante de l'utérus et est mobile transversalement. Laparotomie. Pas d'ascite. Ablation de la tumeur développée aux dépens de l'ovaire droit et d'une poche annexielle du côté gauche. Suites excellentes. Guérison. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique de l'ovaire.

Jacobs. — *Sarcome primitif de la trompe.* (Gaz. hebd., Par., 21 oct. 1897.

Tumeur du volume d'une orange, développée sur le tiers moyen de la trompe gauche, n'intéressant pas la muqueuse tubaire, qui est intacte. Cette tumeur, qui coïncidait avec des lésions très avancées, kystiques des annexes droites, fut enlevée par la castration utéro-annexielle abdominale. Elle s'était traduite par fort peu de symptômes du côté génital ; mais la malade présentait depuis plusieurs mois de la diarrhée profuse avec dépérissement rapide.

2e Annexes de l'appareil de la génération

Bompard et G. Millian. — *Un cas de maladie kystique de la mamelle (épithélioma).* (Soc. anat. Paris, mai 1897.)

Femme de 42 ans ; sept grossesses, sept nourritures durant chacune desquelles elle a ressenti dans le sein gauche des duretés douloureuses, à la suite de l'allaitement la malade perdait tantôt du lait, tantôt du sang du côté gauche. Dernière couche en 1889. En 1894, énorme abcès, à gauche, de cause inconnue. Depuis plusieurs années élancements douloureux.

Actuellement mammite chronique légère à droite, à gauche tumeur de la grosseur d'une mandarine, formée par de petites bosselures dures, indolores et kystiques. De temps en temps écoulement de sang par le mamelon. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ablation de la tumeur formée de noyaux kystiques ; au microscope épithélioma papillaire.

Thèses et Brochures

Picon. — *De l'épithéliome du limbe sclléro-cornéen.* (Thèse de Lyon, 1897).

Cette tumeur, assez fréquente. se montre d'abord le plus souvent sur le bord externe du limbe sous la forme d'un bouton de la grosseur d'un grain de millet. Elle augmente peu à peu de volume, sans déterminer trop de gêne de la vision et arrive à former une tumeur à bords escarpés, indolente, qui, après une période stationnaire, s'ulcère. L'ulcération présente alors des contours irréguliers, des bords surélevés, un fond déchiqueté ou blafard et sanieux, sans véritables hémorrhagies. Le diagnostic doit en être fait au début avec la conjonctivite phlycténulaire, puis plus tard avec la pinguecula, le papillome, le dermo-épithéliome de Parinaud, le ptérygion sarcomateux, le sarcome mélanique. Cet épithéliome est le plus souvent pavimenteux lobulé, plus rarement mélanique. Le pronostic est grave, la perte de l'œil est presque fatale. Aussi, pour l'auteur, l'énucléation d'emblée paraît le procédé de choix.

Bosche. — *Cancer utérin et grossesse.* (Thèse de Paris, 1897).

Dans ce travail l'auteur s'est surtout occupé de la question de thérapeutique. Chez les femmes enceintes atteintes de cancer utérin, il faut rejeter l'avortement provoqué, qui ne serait rationnel qu'au début, mais à cette époque le diagnostic de la grossesse n'est pas fait. Il faut également proscrire l'extirpation du col, qui est défavorable, et les hystérectomies totales.

Pour arrêter les hémorragies graves on pourra pratiquer le curettage du col et, dans certains cas, l'accouchement provoqué, quand l'enfant est vivant et viable et quand la vie de la mère est menacée. Pendant le travail, il sera utile, si la dilatation se fait lentement, d'employer l'écarteur de Tarnier ou le ballon de Champetier de Ribes et dans quelques circonstances de pratiquer de petites incisions sur le col.

Lorsque la dilatation est suffisante, on aura recours au forceps ou à la basiotripsie, si l'enfant est mort. Enfin il faut considérer l'opération césarienne comme l'opération de choix, quand le col, envahi sur tout son pourtour, ne peut se dilater. C'est avant le début du travail qu'elle devra être pratiquée.

Braun. — *Des tumeurs malignes du rein chez l'enfant. Considérations sur leur traitement chirurgical.* (Thèse de Nancy, 1897).

Dans l'historique de la question, l'auteur rappelle que la connaissance des tumeurs du rein chez l'enfant n'a été bien mise au jour

que depuis peu de temps. Après les tumeurs de l'œil, ce sont les tumeurs les plus fréquentes de l'enfance, et c'est surtout avant l'âge de 5 ans qu'on les constate. Le sarcome est de beaucoup plus fréquent que l'épithéliome.

Le seul symptôme constant est l'existence d'une tumeur abdominale donnant la sensation du ballottement rénal. L'hématurie et l'albuminurie sont rares. Braun signale la néphrectomie comme le seul traitement rationnel, bien que l'opération entraîne souvent la mort et ne mette pas à l'abri de la récidive.

Fisse. — *Contribution à l'étude de l'épithéliomatose de Paget.* (Thèse Toulouse, 1897).

L'auteur fait une étude de la question depuis la thèse de Wickham, et après avoir donné l'analyse de 24 observations publiées depuis ce travail, il conclut ainsi : La maladie de Paget est une affection primitive de l'épiderme, qui se développe principalement sur le mamelon, mais qui peut aussi apparaître en un point quelconque des téguments. Quand elle siège sur le mamelon, elle s'accompagne d'une néoplasie carcinomateuse de la mamelle. Les figures décrites par Darier et par Wickham n'ont pas la signification de psorospermies, mais elles représentent simplement un mode de dégénérescence des cellules épidermiques. La maladie de Paget n'est pas au début une épithéliomatose constituée, mais elle est capable d'aboutir ultérieurement à un processus épithéliomateux identique. Elle doit être traitée comme un épithélioma.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1897.

Appareil de la locomotion

ARSLAN (Y). Ostéosarcome du maxillaire (Boll. d. M. d. orecch. etc... Firenze, 109). — BERGER Tumeurs malignes de l'humérus (Rev. prat. de trav. de Méd., 18 oct.). — CARTON. Rupture spontanée d'un fémur cancéreux (G. M. de Picardie, 164). — FRENZEL (A.). Sarcome du tibia (Diss. Greifswald). — GOODE (R.). Un cas d'ostéosarcome (Railnay. Surg. Chicago, 73). — GRIMARD. Des sarcomes de l'os iliaque (Thèse Bordeaux). — MORTON (C. A.). Sarcome de l'omoplate; ablation (Lancet, Lond., 180). — MOTY. Sarcome du grand trochanter (Soc. cent. du Nord, 22 oct.). — ROSA (U). Sarcome du sternum (Policl. Roma, 455). — Sapiezhko (K.). C... du maxillaire supérieur (St-Pétersb., Laclop. russke chir., 350). — TEGOLER (E.). Sarcome de l'os sacré (Diss. Greifswald).

Appareil des sens spéciaux

BARRETT (J.). Sarcome du nez (Interc. M. J. Austr., 251). — BRAULT (J.). Epithélioma de la paupière inférieure (Arch. prov. chir. Par., 448). — BRYANT (D. C.). Sarcome de l'œil (West. Rec. L. Lincoln, 219). — CAMPANA (R.). Sarcome primitif de la peau (Clin. derm. Roma, 3). — CAMPANINI (F.). Adéno-épithéliome des glandes sudoripares (Policl. Roma, 220). — DE AMICIS. Sarcomatose cutanée (Cong. Moscou). — DIEBALLA (G.). Sarcomes multiples de la peau (Wien. Klin. Wehm, 523). — GOTTHEIL (S.). C... de la peau (Int. J. of. surg., N.-Y., 166-330). — — HAAS (K.). Sarkom der Thränendrüie (Diss. Giessen). — HEMP (G.). Angiomyxosarcome de la glande lacrymale (Diss. Leipz.).— KALMER (G.). Sarcome du nez (Diss. Leipz.). — LEE (C.). Tumeur maligne de l'orbite (Liverp. M. chir. J., 438). — Martuscelli (G.). Sarcome du nez (Arch. ital. Napoli, 120). — MORGAN (J.). C... de la peau (M. News, N.-Y., 225). — SALVA. Sarcome de l'orbite (Dauphiné Méd., 221). — SCOTT (K.). Sarcome de la glande lacrymale (Ann. ophth. St-Louis, 451). — SNELL (S.). Sarcome de la caroncule lacrymale (Arch. ophth. N.-Y., 343). — STARCK (J.). Gliosarcome de l'orbite (Diss. Greifswald). — STRAUSS

(A). Sarcome du nez (Diss. Wuzzl.). — Ulezko. Tumeurs malignes du chorion (J. ak. i pensk bolicz St-Pétersb., 109). — Wintersteiner (H.). Neuroépithéliome de la rétine (Leipz. u Wien., 463). — Zimmermann (U.). Tumors the Ciliary bodies (Ann. ophth. St-Louis, 427).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique du tube digestif

Clauditz. C... de l'œsophage. (Diss. Göettinger). — Delagénière (H.). Epithélioma glandulaire du pharynx (Arch. m. d'Angers, 373). — Gernert (M.). C... de l'œsophage (Leipz. Konegen). — Keen (W.). Sarcome de l'amygdale (Ann. surg. Phila. 96.) — Krarski (V.). Chelidoine et C... de la face (Vernick oft. Kiev, 252). — Krasnobayeff. Sarcome de la lèvre (Dietsk. m. Mosk. II, 117). — Krönlein C... du pharynx (Beitr. z. klin. chir. Tub. XIX, 51). — Mazet (C.). C... de la face et bleu de méthylène (Marseille méd. 394). — Nakayanna (M.). C... de la face (Tokyo-Ije-Slinski, 10). — Opitz (K.). C... de l'œsophage (Diss. Leipz. Koncy). — Schmidt (O.). C... de l'œsophage (Diss. Tubinger). — Teske (H.). C. de l'œsophage (Diss. Greifswald). — Valkovick (N.). C... du pharynx (Lactop. russk. chir. St-Péters. 219). — Wredi (C.). C... de l'œsophage (Diss. Kiel.)

2° Partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

Bauby. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Berger. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Binaud. C... de l'S iliaque avec occlusion intestinale (J. M. Bordeaux, 15 août). — Bœckel (J.). Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Böger (A.). C... du rectum (Diss. Bonn). — Cribe (J.). C... de l'estomac (Cleveland J. M., 290). — Cuony. Guérison du C... de l'estomac (Soc. M. Fribourg, 19 juillet). — Depage. Traitement du C... du rectum (Congr. chir. Par. 18 oct.). — Derveau. C... du rectum (Cercl. m. Brux. 6 août). — Desforges. Traitement du C... du rectum (Thèse Toulouse). — Desfosses. C... du pylore (Soc. anat. Par. 15 oct.). — Dieulafoy. Transformation de l'ulcère stomacal en C... (Presse M. Par. 289). — Doyen. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Ekehorn (G.). C... de l'estomac (Upsala Luk. Forb. 332). — Faure (J.). Adénome de l'intestin (Soc. chir. Par. 4 nov.). — Gallet. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Gangolphe. Phlegmons abdominaux et C... de l'intestin (Lyon Méd. 3 oct.). — Gaudier (H.). Traitement du C... du rectum (Rev. gyn. et chir. Paris, 857). —

Günther (F.). C... du duodénum (Diss. Jéna). — Heath (C.). Epithélioma stomacal (Practit. Lond. 142). — Heberlein. C... du côlon (Diss. Greifswald). — Heydenreich. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Hirtz. Ascite chyleuse et C... de l'estomac (Soc. M. hôp. Par. 6 oct.). — Hochenegg (J.). C... du rectum (Wien. klin. woch. 12 août). — Julliard. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Jung (J.). C... de l'estomac (Diss. Freiburg). — Königsberger (D.) C... de l'œsophage (Diss. Leipz.). — Lambret (O.). C... de l'estomac (Echo m. du Nord, 3 oct.). — Letulle. Greffes cancéreuses de l'intestin (Rev. gyn. et chir. Par. 491.) — M. Gratt (A.). C... du pylore (Phys. et surg. détroit, etc. 252). — Moore (W.). C... de l'intestin (Interc. M. J. Austral, 295. — Moulonguet. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Naumann (G.). C... du pylore (Hygica stock 544). — Palleroni (J.). C... du cœcum (Gaz. hebd. Par. 556). — Péan. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Petroff (A.). C... du gros intestin (Sophia). — Pilliet. Epithélioma de la muqueuse anale (Soc. anat. Par. 8 oct.). — Pollosson (M.). C... iliaque et anus contre nature (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Quénu. Extirpation du C... du rectum (Presse méd. Par.). — Du C... rectal (Rev. chir. Par. 533). — Rendu. Ascite chyleuse et C... de l'estomac (Soc. M. hôp. Par. 6 oct.). — Reverdin. C... du rectum (Soc. chir. Par. 409). — Rommelaere. C .. squirrheux de l'estomac (Clin. Brux. 649 et 665). — Roux (J.). C... de l'estomac. (Méd. Mod. Par. 16 oct.). — Storchi (F.). C... de la valvule iléo-cœcale (Morg. Milano, 288). — Strauss (A.). Sarcomatose de l'anus (Lei pz. Koncyon). — Tailhefer. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.). — Tillaux. C... du rectum. (Rev. int. m. Par. 185.) — Troisier. Ascite chyleuse et C... de l'estomac (Soc. m. hôp. Par. 6 oct.). — Walker (H.). C... de l'estomac (Phys. et surg. Détroit, etc., 256). — Willems. Traitement du C... du rectum (Cong. chir. Par. 18 oct.).

3° Annexes de l'appareil de la digestion.

Bauer (F.). C... des voies biliaires (Diss. Münch.). — Claisse (P.). C... primitif des voies biliaires (Presse M. P., 6 nov.). — Ginestous. C... du pancréas (J. M. Bordeaux, 8 août). — Hayem. C... des voies biliaires (Soc. M. hôp Par., 5 nov.). — Rendu. id., id. — Schlüter (A). C... du pancréas (Diss. Münch.).

Appareil de la respiration

Benkert (J). C... primitif des poumons (Diss. Freiburg). — Benosovich (N.). C... du larynx (Chir. Mosk., 418). — Berger. Epithéliome branchiogène du cou (Cong. chir. Par., 18 oct.). — Finley.

Sarcome primitif de la plèvre (Practit. Lond., 153). — GRAND. Sarcome du larynx (Thèse Toulouse). — GREENWOOD (G.). C... du poumon (Brit. M. J. Lond., 1337). — KNOLL (G.). C... de la plèvre (Diss. Leipz.). — PFANNENSTILL (S.). C... primitif du poumon (N. M. arl. Stock., 1). — SCHMIDT (E.). C... du larynx (Deut. M. Woch., 752). — TIFFANY (L.). Sarcome de la thyroïde (Am. of. Surg. Phila., 498).

Appareil des voies urinaires

ALBRECHT (M.). Tumeur maligne du rein (Diss. Greifswald). — BRINDEAU. Sarcome du rein chez un fœtus (Rev. obst. Inst. Toulouse, 148). — CASTAIGNE. Epithélioma des capsules surrénales (Soc. anat. Par., 5 nov.). — HEINECKE (W.). Tumeur maligne du rein (Diss. Münch.). — KAMMERER (F.). C... de la vessie (N.-Y. Surg. Soc., 28 avril. — LINDER (C). Sarcome primitif du rein (Diss. Leipz.). — WEINBERG. C... des deux capsules surrénales (Soc. anat. Par. 29 oct.).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

BLEISCH (J.). C... du pénis (Diss. Greifswald). — BOSSE (O.). C... primitif de l'urètre (Diss. Göttingen). — BOTESCU (H). C... primitif de la prostate (Spitalul Buturescu, 267). — DUNCAN (R). Sarcome du testicule (Interc. M. J. Melbourne, 322). — KAPFER (A). Sarcome du testicule (Diss. Leipz. Konegen). — KLEMP (A.). Adénome du testicule (Diss. Leipz. Konegen). — MENCIÈRE (L.). Epithélioma de la verge (J. M. Bordeaux, 283). — PILLIET. Sarcome du cordon inguinal (Soc. anat. Par., 387).

2° Organes génitaux de la femme.

ALTERTHUM (E.). C... de l'utérus et du vagin (Centr. f. Gyn. Leipz., 863). — BECK (E.). Sarcome de l'utérus (Diss. Tubingen). — BELL (R). Traitement du C... de l'utérus (Med. Times London. 398). — BRUNO. C... primitif du vagin (Thèse Montpellier). — CORDIER (A.). C... de l'utérus (St-Louis M. Era., 387). — DIRNER (G.). Adénome de l'utérus (Ort. hetil. Budapest, 370). — DORLAND (W.). Du déciduome malin (Un. M. Mag. Phila, 696). — DUHRSSEN. C... de l'utérus (Centr. f. Gyn. Leipz., 942). — EIERMANN (A). Déciduome malin (Halle Marhold, 8°). — FEHLING. C... de l'utérus (69e Cong. all. Brunswich, 20). — FREUDENBERG. C... inopérable de l'utérus (Centr. f. gyn. Leipz., 940). — GAISER. C... de l'ovaire (Gyn. Gen. Dresden,

12 janv.). — Gellhörn (G.). C... de l'utérus (Zeit. f. Geb. Stuttg., 3). — Grant (D.). Mole congénitale (Int. M. J. Australas, 249). — Graefe (G.). Sarcome de l'utérus (Diss. Greifswald). — Goubareff (A.). C... de l'utérus (J. ak. i jen St-Péters., 889). — Hirschmann (A.). C... de l'utérus et du vagin (Diss. Leipz. Konegen). — Honan (J.) C... de la glande de Bartholin (Diss. Berlin). — Khalden (C). Sarcome primitif des trompes (Bert. z. path. etc... Yéna, 275). — Kaul (E.). Chondro-sarcome du ligament large (Diss. Leipz. Konegen). — Kausmann (A.). C... et grossesse (Diss. Berlin). — Kirchberg (J.). C... de l'utérus gravide (Diss. Leipz., Konegen). — Klein (G.). C... de l'utérus (Mon. f. Geh. Berl., 231). — Kossmann (R.). C... syncitial (Vers. Deut. Braunschw., 21 septembre). — Kraemer (F). C... de l'utérus (Diss. Berl.). — Kronheim (O.) Cystosarcome proliférant de l'utérus (Diss. Leipz. Konegen). — Kunschert (A). C... de l'utérus (Leipz. Konegen). — Leo (A.). C... du clitoris (J. ak. et., St Peters., 151). — Maass (F.). C... de l'utérus et métrite (Ann. gys. Bost., 603). — Martin. Déciduome malin (Ztschr. f. Geh. Stutt., 155). — Maurette. C... utérin inopérable (Thèse, Toulouse). — Meek (H.). C... du col utérin (M. Press. London, 661. — Montgomery (E.). C... de l'utérus (M. Conn. Phila, 199). — Morelle (A.). Epithélioma de la vulve (Gaz. de gyn. Par., 281). — Neumann (G.). Déciduome malin (M. f. Geh. Berlin, 17). — Olshausen (R.). C.. de l'utérus (Zt. f. Geh. Stutt., 1). — Ostrom (H.) C... de l'utérus (M. Times N.-Y., 229). — Robinson (L.). C... de l'utérus (North. Car. M. J. Wilmington, 9). — Rohde (H.). C... primitif du vagin (Diss. Halle). — Sadowsky (P.). C... de l'utérus (Soc. obst. St-Peters., 3 avril). — Savor (R.). C... de l'utérus (Centr. f. gyn. Leipz., 937). — Surcan. Curage et C... de l'utérus (Thèse, Bordeaux). — Thorn. C... de l'utérus (Réunion des Nat. all. Brunsw., 20 sept.). — Wolther (J.). C... de l'utérus (Diss. Tübingen). — Wanach (R.). Sarcome du vagin (St-Peters M. Woch., 215). — Wathen (W.). Cystosarcome de l'utérus (Intern. J. of. Surg. N.-Y., 268). — Winter (G.). Chelidoine et C... de l'utérus (Centr. f. gyn. Leipz.). — Wolf. C... de la vulve (Thèse Montpellier). — Zelensky. Grossesses et C... de l'utérus (Thèse St-Pétersb.). — Zondek. Déciduome malin (Zts. Geh. Stuttg., 156).

3. Annexes de l'appareil de la génération.

Dorsch (M.). C... et sarcome de la mamelle (Diss. Wurzburg). — Dowd (C.). Diagnostic du C.. de la mamelle (M. Rec. N.-Y. 181). — Fisse. Epithéliomatose de Paget (Thèse, Toulouse). — Hatchins (M.). Tumeur maligne de la mamelle (Int. J. of. surg. N.-Y., 166). — Jacob. Adénome de la mamelle (Diss. Wurzburg). — Laforgue. C... du sein chez l'homme (Thèse, Toulouse). — Möller (E.). C... du

sein (Diss. Münch.). — Powers (C.). Tumeurs de la mamelle (M. Times N.-Y 264). — Ristine (C.). C... de la mamelle (Med. surg. Rep. Phila. 33). — Seidl (O.). C... de la mamelle (Diss. Leipz. Konegen).

Généralités

Backer (de). Traitement de la cancérose (J. M. Paris, 30 mai). — Bakre (L.). Anatomie pathologique du C... (Diss. Wurzburg). — Bauer (F.). Du C... primitif (Diss. Münch.). — Berger (H.). Trauma et C... (Urt. f. gen. m. Berlin). — Bergh (C.). Sarcome rétro-péritonéal (Hygica stock, 567). — Benissavitch (N.). Du C... (Deuts. M. Woch. 401). — Böger (A.). Du C... (Diss. Bonn.). — Cavazzani (T.). De l'angiosarcome (Riv. sen. M. Venezia, 405). — Charmell (P.). Epithélioma développé sur un lupus (Echo M. Nord, 468). — Cohn (C.). Des C... (Diss. Freiburg). — Coley. Sarcome et toxines de l'érysipèle (Ass. Surg. Phila. 232). — Cone (S.). Des squames épithéliomateuses (J. Lopk. Loy. Bull. 146). — Coubonne. Chirurgie des C... (Thèse, Montpellier). — Crick. Chirurgie dans le C... (Cercle M. Brux., 6 août). — Csesch (P.). Beit. zur. statist. des carcin... (Diss. Breslau), — Dawbarn (R.). Excision de la carotide pour sarcome (N.-Y. surg. Soc. 12 mars). — Depage. De l'épithélioma adamantin (Ann. soc. belge chir. 283). — Dibbern (W.). Des sarcomes primitifs (Diss. Greifswald). — Dock (G.). C... généralisé (Tr. ass. am. Phila. 152). — Durchin (O.). Histologie du C... (Diss. Wurzb.). — Earl (B.). De l'épithélioma (Louisv. M. Mouth. 164). — Erlanger (A.). Struma sarcomatosa (Diss. Wurzb.). — Fehling. Des C... (Vers. deut. Braunsch. 20 septembre). — Franckel (F.). Mélanosarcome primitif (Prag. M. Woch. 321). — Freuthal (S.). Des sarcomes (Diss Würzb.). — Frohlich (G.). De l'endosarcome (Wiss. ver. d. Acrtz. Stettin, 7 sept.). — Glaiser (A.). Sarcomatose multiple (Allg. M. cent. Berl. 601). — Goldmann (E.). Anatomie patholog. du C... (Beitr. z kl. ch. Tuburg. 595). — Grimm (G.). Gliosarcome (Diss. Leipz. Konegen). — Hansler. Des tumeurs malignes (Diss. Freiburg). — Hase (F.). Sarcomatose (Diss. Münch.). — Hassk (O.). Zur. Krchkeibung (Arch. f. path. Berlin, 236) — Hechler (F.). Diagnostic des tumeurs malignes (Diss. Berl.). — Heilmann (C.). C... gélatineux (Diss. Greifswald). — Heinze (R.). Du sarcome primitif (Diss. Greifswald). — Hoffmann (J.). Sarcome du médiastin (Diss. Leipz. Konegen). — Holsti. Mélanosarcome (Finsk. läk. etc. Helsingfors, 39). — Housell (B.). Des C... (Bestz. z. klin. chir. Tubing. 789). Hottinger (R.). Des C... primitifs (Corr. Blatt. f. sch. etc... 552.) — Joannessen (A.). Sarcome pelvien (Vorsk. M. f Kristiana, 285). — Julinsburger (O.). Des sarcomes (Arch. f. path. Berlin, 197. — Kalabin. C... et chélidoine (Med. Obozr. Mosk. 102). — Kahlbaum (S). Des C... péritonéaux (Diss. Leipz. Konegen). — Klönne (A.). Sarcome myélogène (Diss. Leipz. Konegen). — Knesels (F.). Des sarcomes (Diss. Münch.). —

Küttner (H.). Des C... (Berl. deut. et... Leipz., XXVI). — Latham (V.). Sarcome de l'antre (Ohio Deut. Toledo, 374). — Latte (B.). Adéno-myxo-sarcome (Diss. Erlangen). — Lavisé. De l'épithélioma adamantin (Ann. Soc. belge chir., 286). — Leiser (K.). Struma carcinomatosa (Diss. Leipz. Konegen). — Leupoldt (C.). Lymphome malin (Diss. Berl.). — Lopez (G.). C... du médiastin (Cron. M. de Habana, juin). — Löwenheim (B.). Tuberculose et C... (Diss. Leipz.). — Marcuse (B.). Des C... (Diss. Berlin). — Massey (G.). Traitement du C... par l'électricité (M. Rec. N.-Y., 150). — Metterhausen (B.). Tuberculose et C... (Diss. Gottingen). — Mull (R.). Sarcome et C... (Diss. Leipz.). — Niemeyer (Th.). Psammo-sarcome (id.). — Ott (F.). Sarcome généralisé (id.). — Owens (J.). Sarcome et toxines (N. Orl. M., 1-8). — Paviot. Le C... musculaire lisse (Lyon-Méd., 267). — Pearse (H.). Traitement du C... inopérable (K. Cit. M. Sud., 231). — Poth (H.). Du C... (Diss. Leipz. Konegen). — Ribbert (H.). Mélanosarcome (Beitr. z. path. Iéna, 471). — Riedl (L.). C... primitifs (Diss. Leipz.). — Roncali. Tumeurs malignes (Cent. J. bact. Iéna, 782). — Romer (R.). Bactériologie des tumeurs malignes (Ned. Ty. Gen. etc... 1071). — Rowe (E.). Traitement des tumeurs malignes (Phys. et Surg. Detr. etc., 262). — Rudolphy (F.). Tumeur sacrée (Diss. Greifswald). — Rühl (A.). Sarcomes multiples (Diss. Erlangen). — Sailer. C... et cachexie (Intern. M. Mag. Phila., 404). — Scanzon (C.). C... et métastase (Zts. f. Heilh. Berl., 381). — Schnaidt (E.). Cysto-glyosarcome (Diss. Leipz. Konegen). — Schnutgen (A.). Des C... (id.). — Schoenborn. Trauma et C... (Aerz. vers. f. Leipzig). — Schwalbe (G.). Tuberculose et C... (Arch. f. path. Berlin, 329). — Sematzky. De la sérothérapie dans le C... (Cong. Moscou). — Sendziak (J.). Des C... (Wiesbaden, 240). — Siennings (J.). Opération pour C... (Diss. Münch.). — Shulgin (K.). Chélidoine et C... (Voy. M. J. St-Péters., 936). — Sick (C.). Traumatisme et mélanosarcome (Aerz. Sach. Berl., 294). — Slack (H.). C... et pyoktanine (Atlanta M., 377). — Spangenberg. Des C... primitifs (Diss. Leipz.). — Surmay. Epithélioma sur un scrofulome (Arch. G., M. Par., 737). — Violi. Sarcome chez un enfant (Pediatr. Napoli, mai). — Weiswange (F.). Des sarcomes primitifs (Diss. Tubingen). — Wilhelm (M.). Des tumeurs malignes (Diss. Münch.). — Williams (W.). Cachexie du C... (Edinb. M. J., 608). — Withington (C.). Sarcomes multiples (M. et Surg. Rep., Bost., 201). — Worz (A.). Epithélioma et traumatisme (Bert. z. Klin. Tubinge, 753). — Wuth (A.). Des sarcomes (Diss. Leipz. Konegen).

Lille, imp. Le Bigot Frères. — *Le Gérant* : Dr H. LABONNE, licencié-ès-sciences

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des Maladies cancéreuses. — T. III 3e Fasc. — 20 Avril 1898

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE ET BIBLIOGRAPHIQUE

sous la direction de MM. les Professeurs

S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

O. LANNELONGUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS

V. CORNIL

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

avec le concours de MM. les Docteurs :

Pr BARD	M. DENUCÉ	H. MORAU	A. RICARD
J. W. BINAUD	L. GALLIARD	Pr NEPVEU	A. ROUTIER
A. BOISSARD	E. GAUCHER	E. NITOT	C. SAVOIRE
A. BRAULT	M. ISCH-WALL	L. H. PETIT	M. TOUPET
M. CAZIN	G. MARCHANT	P. RECLUS	A. TROUSSEAU
R. CONDAMIN	Pr MAYET	P. REYNIER	F. VERCHÈRE

Rédacteur en chef :

Dr E. OZENNE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

TROISIÈME ANNÉE : 1897-1898

3e FASCICULE — 20 AVRIL 1898

ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : **8** francs. — DÉPARTEMENTS et UNION POSTALE : **10** francs

PRIX DU NUMÉRO : **2** fr. **50.**

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1898

EXTRAIT de VIANDE à BASE D'ALBUMOSES (88 %)

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

SEULE préparation d'Albumoses ayant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

SOMATOSE

Dose : 10 á 12 gr. par jour, en 3 ou 4 fois, dissoute dans le lait, eau, bouillon, etc. (éviter le vin)

ANÉMIE, CONVALESCENCE, DÉBILITÉ

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, ALIMENTATION DES PHTISIQUES, TUBERCULEUX, TYPHIQUES, ETC.

TOUTES PHARMACIES

Echantillons gratuits Fréd. BAYER et C^ie^, 23, rue d'Enghien, Paris

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE CANCER DU SEIN

par M. le Professeur DUPLAY

(Clinique de l'Hôtel-Dieu)

La malade dont je veux vous entretenir est atteinte d'une affection assez intéressante et qui, bien qu'elle ne soit pas absolument rare, est cependant encore peu connue.

L'observation de notre malade peut se résumer ainsi :

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, lingère, qui est entrée dans notre service le 22 février et qui est couchée actuellement au n° 4 de la salle Notre-Dame.

Nous n'avons rien relevé de précis dans ses antécédents héréditaires, et cependant on peut supposer que sa mère a succombé à une affection cancéreuse, car elle est morte à l'âge de soixante-treize ans, après une longue maladie accompagnée d'ascite et d'œdème des membres inférieurs.

La malade paraît avoir joui jusqu'à présent d'une bonne santé, et, d'après ses souvenirs, toute son histoire pathologique antérieure à la maladie actuelle se résume dans une dysenterie ou une entérite à l'âge de six ans, une rougeole bénigne à huit ans et, enfin, une angine couenneuse qu'elle aurait eue à l'âge de neuf ans.

Elle a été réglée à douze ans et, depuis, le retour mensuel des règles a toujours été très régulier.

Mariée à trente-trois ans, elle a eu d'abord une fausse couche, provoquée par une chute, puis deux accouchements

normaux; mais ses deux enfants sont morts : le premier du croup, à trois ans et demi; l'autre de méningite, à quinze mois.

Il y a deux mois à peine, elle fut prise d'une douleur lancinante, médiocrement vive et revenant par accès au niveau du sein droit, avec irradiations vers l'aisselle et le bras.

Dès cette époque, palpant la région douloureuse, elle constata l'existence d'une petite tumeur mal circonscrite, qui siégeait dans la moitié externe du sein droit et qui, continuant à s'accroître, atteignit rapidement le volume qu'on observe aujourd'hui,

L'examen nous montre le sein droit notablement plus volumineux que le gauche. De plus, comme vous avez pu le constater, la coloration de la peau du sein droit est un peu rosée, surtout au voisinage du mamelon et dans la partie inféro-externe de la région mammaire.

Un caractère important a dû vous frapper immédiatement : le mamelon est rétracté. La malade affirme, il est vrai, qu'il a toujours été un peu enfoncé; mais j'insiste sur ce fait, qu'on ne peut arriver à le rendre saillant en exerçant des tractions sur la peau à son pourtour.

A la partie supérieure du mamelon, il y a une apparence d'ulcération qui devient plus nette lorsqu'on cherche à écarter la peau; cependant il n'y a pas là une véritable ulcération et il s'agit plutôt d'un érythème analogue à celui qu'on observe fréquemment à l'ombilic.

Notons en passant que la malade n'a jamais eu, par le mamelon, le moindre écoulement séreux, sanguin ou purulent.

Si, après avoir ainsi recueilli les premiers symptômes donnés par l'inspection à la vue, nous procédons méthodiquement à la palpation de la région malade, ce qui frappe, tout d'abord, c'est que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont épaissis, comme infiltrés, et donnent l'impression d'un œdème dur, occupant surtout la moitié inférieure et la partie externe du sein, là où existe cette rougeur que nous avons signalée; cet œdème se prolonge vers la région axillaire. On constate une légère augmentation de la température dans les points où siègent la rougeur de la peau et l'œdème.

La peau est adhérente; il est impossible de la faire glisser sur les parties sous-jacentes, et. lorsqu'on cherche à la plisser, on détermine le phénomène de la *peau d'orange*, symptôme dont l'importance a été singulièrement exagérée, car il n'a, en réalité, aucune valeur au point de vue du diagnostic, puisqu'on

l'observe aussi bien dans les affections bénignes de la mamelle que dans les tumeurs malignes de cet organe.

En ce qui concerne les altérations de la glande mammaire elle-même, c'est dans sa partie externe que nous trouvons le maximum des lésions. La moitié externe de la glande est, en effet, le siège d'une tuméfaction indurée, du volume d'une pomme, surmontée d'une petite tumeur grosse comme une noix, qui paraît surajoutée, en quelque sorte, à la mamelle, mais qui fait manifestement corps avec elle.

Cette tuméfaction, considérée dans son ensemble, présente en dedans des limites extrêmement vagues; elle se continue insensiblement avec la partie moyenne et la partie interne de la glande, qui sont certainement altérées, quoique à un degré beaucoup moindre que sa partie externe.

Ajoutons que la consistance de la tuméfaction est à peu près uniforme dans toute son étendue, sauf au niveau du noyau saillant dont je viens de vous parler et qui offre la sensation d'une dureté plus grande.

Lorsque, répétant la manœuvre que je vous ai enseignée à plusieurs reprises, vous faites contracter le grand pectoral, et que pendant ce temps vous imprimez des mouvements à la glande mammaire, vous pouvez constater que, chez notre malade, il n'existe pas d'adhérence entre la glande malade et les parties profondes.

Au point de vue de la *douleur*, je vous rappelle que l'attention de la malade avait été attirée du côté du sein droit par des phénomènes douloureux de moyenne intensité se produisant sous forme de crises qui apparaissaient principalement à la suite de fatigues et disparaissaient par le repos.

J'ajoute que la douleur à la pression existe au niveau du mamelon et de l'aréole, et, dans la partie externe du sein, au niveau de la petite tumeur qui fait saillie à la surface de la tuméfaction principale.

Comme complément nécessaire de cet examen de la région mammaire, j'ai recherché dans l'aisselle s'il n'existait pas quelque altération des ganglions lymphatiques. Or, j'ai pu constater que ceux-ci étaient durs et un peu douloureux à la pression, peu mobiles, appliqués sur la paroi thoracique, en arrière du bord inférieur du grand pectoral, et formant dans leur ensemble une tumeur du volume d'une noix.

Enfin, contrairement à ce que vous observez le plus sou-

vent, même pour les tumeurs du sein les plus malignes, où l'on ne trouve ordinairement aucune relation apparente entre la tumeur mammaire et les ganglions axillaires, il semble que, chez notre malade, l'œdème dur, dont nous avons mentionné l'existence, au niveau de la partie externe du sein, se prolonge sur la paroi interne de l'aisselle, jusqu'aux ganglions malades, reliant ceux-ci à la tumeur mammaire.

Dans la région sus-claviculaire, il existe aussi quelques ganglions perceptibles à la palpation, mais ces ganglions sont petits, mobiles, non indurés et non douloureux à la pression; il ne semble pas, en un mot, qu'ils soient le siège d'une altération pathologique.

Quant à l'état général de la malade, il est des plus satisfaisants. Toutes les fonctions paraissent s'exécuter normalement et tous les organes thoraciques et abdominaux semblent sains. Ajoutons que l'analyse des urines ne nous a rien révélé d'anormal.

Le diagnostic de l'affection que nous avons sous les yeux n'est pas sans présenter quelques incertitudes.

Nous sommes, en effet, en présence d'une tumeur dont les caractères peuvent faire songer aux néoplasmes malins, mais en même temps nous avons noté certains signes qui pourraient être en rapport avec l'évolution d'une inflammation subaiguë ou chronique.

Je vous rappelle brièvement quels sont les principaux symptômes qui caractérisent les tumeurs malignes du sein, ce sont : les adhérences de la tumeur avec la peau et les parties profondes, la rétraction du mamelon, la dureté plus ou moins considérable, parfois ligneuse, de la masse néoplasique, alternant souvent avec des parties ramollies, ou même franchement fluctuantes, lorsque la tumeur renferme des portions kystiques; enfin, l'envahissement généralement précoce des ganglions de l'aisselle qui, indépendamment de leur augmentation de volume, présentent une dureté bien caractéristique, tout en étant d'ailleurs habituellement indolents; à ces symptômes locaux, il faut joindre ceux qui résultent du retentissement et, en particulier, un amaigrissement notable.

Nous retrouvons chez notre malade, au point de vue local, un certain nombre des signes que je viens d'énumérer. Il y a bien chez elle une tumeur, mais elle est très mal circonscrite, et, à part le noyau qui s'en isole en dehors, c'est plutôt la

glande tout entière qui, principalement dans sa moitié externe, est le siège du gonflement et de l'induration. Il existe des adhérences entre la tuméfaction mammaire et la peau, mais ces adhérences semblent résulter de cet œdème sous-cutané, d'une dureté spéciale, sur lequel j'insistais tout à l'heure.

La rétraction du mamelon existe, quoique peu considérable, mais elle est certainement due en partie à cet épaississement œdémateux de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui se prolonge jusque dans l'aisselle où l'on trouve des ganglions engorgés.

D'autre part, je vous ai signalé une légère coloration de la peau, qui est un peu chaude, dans toute l'étendue de la région malade, exactement comme s'il s'agissait d'une inflammation.

Enfin, la malade a accusé des douleurs spontanées dès le début de l'affection, et nous avons pu nous assurer que la pression provoquait de la douleur autour du mamelon, sur la partie externe du sein et au niveau des ganglions axillaires.

On pourrait donc penser à une simple mastite subaiguë ou chronique, car celle-ci s'accompagne d'un semblant de tumeur, c'est-à-dire d'une tuméfaction et d'une induration de la totalité ou d'une partie plus ou moins étendue de la glande.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic de la mastite chronique, surtout lorsqu'elle est généralisée à toute la mamelle, présente de très grandes difficultés, et il peut même être tout à fait impossible.

Cependant il existe un certain nombre de caractères qui s'observent plus particulièrement dans la mastite chronique et qui font habituellement défaut dans le cancer.

Et, d'abord, la mastite se développe généralement pendant la grossesse ou après l'accouchement, pendant ou après la lactation, condition qui n'existe pas chez notre malade.

Le plus souvent, dans la mammite chronique, outre la tuméfaction bien appréciable de la glande, l'œdème, lorsqu'il existe, occupe la totalité de la région, tandis que, dans notre cas, on trouve seulement dans la partie inféro-externe de la région mammaire, se prolongeant vers l'aisselle, un œdème dur qui présente cette particularité de ne pas garder ou de garder très peu l'empreinte du doigt.

Dans la mammite, le mamelon est rétracté, mais d'une façon régulière, et se trouve entouré par un bourrelet de peau circulaire que l'on peut effacer par des tractions périphériques ou

par une pression directe, de façon à faire saillir le mamelon, ce que nous avons cherché en vain à obtenir chez notre malade.

Le symptôme *douleur* a aussi une assez grande importance dans le diagnostic différentiel entre le cancer du sein et la mammite chronique. Pour celle-ci, en effet, les douleurs, soit spontanées, soit provoquées, sont généralement plus fréquentes et plus vives que dans le cancer, où souvent même elles font complètement défaut, tant qu'il n'y a pas d'ulcération.

Pour ce qui est de l'engorgement ganglionnaire, on le voit souvent manquer dans la mammite, et, d'autre part, lorsqu'il existe, il se manifeste avec des caractères qui le rapprochent plutôt des adénites symptomatiques d'une inflammation périphérique que des adénopathies cancéreuses secondaires, remarquables surtout par la dureté et la mobilité relative des ganglions.

Il est enfin un point très important dans ce diagnostic différentiel : je veux parler de l'amélioration qui se manifeste assez rapidement, sous l'influence du repos et de la compression, dans le volume de la tumeur et les symptômes objectifs, lorsqu'il s'agit d'une mammite chronique.

Chez notre malade, le repos et la compression ouatée, que j'ai fait appliquer soigneusement pendant une quinzaine de jours, n'ont, pour ainsi dire, amené aucune modification dans l'état du sein.

Pour toutes les raisons que je viens d'énumérer, je crois pouvoir éliminer, dans notre diagnostic, l'idée d'une mastite chronique.

La tuberculose mammaire peut présenter quelque analogie avec la forme de tumeur mammaire que nous étudions en ce moment. Mais le diagnostic clinique des lésions tuberculeuses du sein, toujours très difficile, est souvent impossible, et l'affection est alors presque toujours prise pour un cancer.

Cependant vous serez guidés. dans ce diagnostic, par la coexistence habituelle d'une tuberculose pulmonaire avérée et aussi par certains caractères de l'évolution de la maladie qui m'ont permis, dans quelques cas, de poser d'une façon ferme le diagnostic de tuberculose mammaire.

Celle-ci est, en effet, constituée tantôt par une tumeur isolée ressemblant à un cancer encéphaloïde, tantôt par des *tumeurs multiples*, ce qui constitue une condition tout à fait anormale dans le cancer et doit, par conséquent, donner l'éveil. Puis, à

une certaine époque de l'évolution de la maladie, il se produit, comme dans toutes les lésions tuberculeuses, un ramollissement caséeux de certains points des foyers tuberculeux, qui amène la production de symptômes d'inflammation locale se traduisant du côté de la peau par de la rougeur et de la chaleur, puis par de la fluctuation, indice de la terminaison par suppuration. Rien dans l'histoire de notre malade ne rappelle une évolution de ce genre, et je vous ai dit précédemment qu'elle n'avait jamais présenté de manifestations pulmonaires et qu'elle n'offre aujourd'hui aucun symptôme thoracique qui puisse être rapporté à la tuberculose.

Si nous éliminons la tuberculose du sein, il ne peut être question, dans le cas présent, que d'une tumeur maligne ; nous devons donc chercher à déterminer quelle est la forme de tumeur maligne du sein que nous avons sous les yeux.

Le cancer mammaire se présente, en effet, sous un certain nombre de formes ou de types cliniques, dont quelques-uns offrent une physionomie tellement caractérisée qu'ils ont été décrits à part, sous des noms particuliers.

Parmi ces formes, je ne veux m'arrêter qu'à celles qui ont quelque ressemblance avec l'affection de notre malade.

Il y a tout d'abord *l'épithélioma kystique*, qui a été à tort englobé avec d'autres affections du sein, kystiques également mais bénignes, sous la dénomination de « maladie kystique » (Reclus). Il ne semble pas, en réalité, qu'il existe une entité morbide correspondant à cette appellation, mais, quoi qu'il en soit, nous ne retrouvons pas, chez notre malade, le caractère principal de cette forme clinique, dans laquelle toute la glande est prise et devient le siège d'une tuméfaction indurée qui se distingue par la présence d'une foule de nodosités, de volume variable, faisant saillie sur toute la surface de la tumeur et constituées par autant de kystes. Dans le sein que nous venons d'examiner, il n'y a absolument rien de semblable et le noyau unique, du volume d'une noix, qui surmonte la masse en dehors, ne rappelle en aucune façon les nodosités de la maladie kystique.

Dans une autre forme de cancer mammaire que vous trouverez décrite dans vos livres sous le nom de *cancer aigu du sein* ou de *mastite cancéreuse*, la maladie est caractérisée essentiellement par sa marche rapide, affectant, jusqu'à un certain point, les allures d'une maladie inflammatoire et se terminant

mortellement, au bout de trois à six mois, par une sorte d'infection septique, avant même qu'une ulcération ait eu le temps de se produire, comme cela a lieu habituellement dans les cancers du sein.

Dans cette forme de cancer aigu, on a signalé souvent la bilatéralité, mais ce qui la caractérise surtout, c'est l'augmentation uniforme du volume du sein, sans qu'il y ait de tumeur proprement dite, ce sont les adhérences rapides de la peau, qui se couvre de taches cuivrées et dont les veines se développent et deviennent apparentes ; c'est, enfin, l'envahissement rapide des ganglions axillaires ; le tout évoluant, aussi bien du côté du sein que dans l'aisselle, sans douleurs appréciables.

Évidemment, ce n'est pas la forme que nous avons sous les yeux, bien qu'elle s'en rapproche par certains points, tels que la rapidité du développement de la tumeur, l'envahissement précoce des ganglions lymphatiques, les altérations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et enfin la diffusion apparente du néoplasme dans la plus grande partie de la glande.

En réalité, la forme que nous avons sous les yeux, quoique n'étant pas très rare, n'est pas décrite d'une façon suffisamment précise dans les livres classiques, et c'est pour cette raison que j'ai voulu attirer sur elle votre attention.

Cette forme appartient également à la classe des cancers à marche rapide, mais sa gravité est un peu atténuée par rapport à la forme aiguë proprement dite.

Ce qui lui imprime une physionomie et une marche clinique spéciales, c'est l'envahissement précoce et très étendu du système lymphatique, alors que la tumeur mammaire est encore très peu développée. Dans cette forme, on voit souvent de bonne heure se dessiner sous la peau de véritables varices lymphatiques, apparaissant sous forme de petits cordons anastomosés, tranchant par leur coloration foncée sur celle du tégument, enfin, parfois, offrant une induration appréciable au toucher. Ces cordons sont, en effet, constitués par les vaisseaux lymphatiques infiltrés d'éléments cancéreux. C'est à cet envahissement rapide des vaisseaux lymphatiques qu'est dû l'œdème spécial de la région mammaire, œdème *dur*, ne gardant pas l'empreinte du doigt, si différent de l'œdème *mou*, d'origine veineuse.

Cet œdème dur, qui s'accompagne d'une coloration rose-foncée de la peau, se prolonge souvent, comme chez notre

malade, jusque dans l'aisselle, et l'on distingue fréquemment sous la forme de cordons indurés, le paquet des lymphatiques qui relient la glande aux ganglions axillaires.

J'ajoute que, en général, la tumeur proprement dite est très petite, parfois à peine grosse comme une noisette, tout en présentant une dureté presque ligneuse.

J'ai vu ces jours derniers, à ma consultation, un exemple frappant de cette forme spéciale de cancer mammaire, que nous étudions; la malade, quoique ne présentant qu'une tumeur très petite, offre déjà un tel envahissement du sytème lymphatique propagé jusque dans l'aisselle, que tout le membre supérieur est le siège d'un énorme gonflement œdémateux et qu'il existe de violentes douleurs dues à la compression des nerfs du plexus brachial.

Je vous rappellerai que, chez notre malade, le début a été marqué par l'apparition de cette petite tumeur qui est comme surajoutée à la glande augmentée de volume, en sorte que, malgré cette apparence de tumeur volumineuse, on peut admettre que le néoplasme proprement dit est de petite dimension, ce qui rentrerait dans la règle ordinaire. Avec cette tumeur il existe un gonflement œdémateux considérable de toute la région mammaire, et ce gonflement, qui présente les caractères bien connus de l'œdème d'origine lymphatique, se prolonge sur la paroi thoracique jusque dans l'aisselle où l'on trouve les ganglions augmentés de volume et indurés.

Ce sont bien là les caractères de la forme spéciale du cancer du sein sur laquelle je viens d'attirer votre attention, et qui mériterait d'être décrite à part sous le nom de « *lymphangite cancéreuse* du sein ».

Vous n'ignorez pas que la voie lymphatique est la voie de prédilection que suivent les cancers épithéliaux dans leur généralisation. Par conséquent, il vous est facile de concevoir que le pronostic de la forme spéciale que nous avons sous les yeux doit être particulièrement redoutable, en raison de l'envahissement précoce de tout le système lymphatique de la région, aussi bien du réseau superficiel que du réseau profond, qui doit vous faire craindre, outre la généralisation du cancer, la propagation du néoplasme à la peau de la paroi thoracique aussi bien que l'extension du côté de la plèvre et du médiastin, par la voie des lymphatiques qui communiquent à travers les espaces intercostaux avec le réseau sous-pleural et avec les

ganglions du médiastin. Dans ces conditions, vous devez bien penser que la récidive, après l'ablation de la tumeur, est à peu près certaine et doit le plus souvent se produire d'une façon très rapide.

Au point de vue du traitement, toute intervention chirurgicale se trouve contre-indiquée dans bien des cas, lorsqu'il existe, par exemple, un envahissement étendu de la peau, ou bien des lésions pleurales, ou encore une propagation aux ganglions sus-claviculaires.

Parfois, cependant, vous serez autorisés à intervenir si vous jugez qu'il vous sera possible d'enlever la totalité du néoplasme, et, dans ce cas, vous pratiquerez une ablation aussi large que possible ; mais, alors même que les conditions paraîtront les moins défavorables, vous n'oublierez pas que la récidive n'en est pas moins presque fatale et dans un délai rapide.

Notre malade se trouve précisément dans des conditions qui me paraissent justifier une intervention. Je vais donc procéder à l'opération en enlevant presque toute la peau de la région mammaire, la totalité de la glande en y comprenant l'aponévrose du grand pectoral et enfin en vidant complètement l'aisselle des ganglions et des tissus cellulo-adipeux qui la remplissent. (*Bulletin Médical*, n° 100, 1897.)

DE LA
CURABILITÉ DES TUMEURS MALIGNES EN GÉNERAL [1]

par le Dr M. FRÉNOT

(SUITE ET FIN)

Nous devons maintenant examiner brièvement à quelles conditions devra répondre notre intervention opératoire pour être irréprochable et pour garantir notre malade contre tout danger de récidive, autant que la chirurgie contemporaine

(1) M. Frénot : Essai sur les résultats éloignés du traitement des tumeurs malignes par l'extirpation (Thèse de doct., 1897, Nancy).

peut nous permettre de nous prémunir contre cette fâcheuse éventualité.

Rien n'est désespérant, en effet, pour le chirurgien, comme la tenacité des tumeurs malignes à repulluler sur place, sinon leur tendance à infecter l'économie tout entière. Nous ne sommes cependant pas absolument désarmés contre ces retours offensifs, dont bien des causes nous échappent encore. Il y a notamment quelques points de pratique qui nous sont assurés d'une manière définitive. Nous les passerons en revue sommairement.

Pour se mettre à l'abri de la récidive dans la mesure du possible, il faut, tout le monde est aujourd'hui d'accord là-dessus, faire des ablations précoces et extrêmement larges. Sur la précocité même de l'intervention, il semble que nulle objection ne puisse surgir. Et pourtant, combien peu de personnes voyons-nous opérées en temps opportun. A notre époque où il est entré dans l'opinion courante du public qu'un traitement opératoire peut seul avoir raison des tumeurs malignes, il est pénible de constater qu'un trop grand nombre de malades ne sont adressés au chirurgien qu'en désespoir de cause, après avoir épuisé toute une série de médicaments tant internes qu'externes, souvent nuisibles, toujours inutiles.

L'ablation large est un autre précepte non moins essentiel. Il faut dépasser de loin les limites perceptibles du néoplasme et sacrifier hardiment la peau autour de tous les points où elle présente la plus faible adhérence aux tissus sous-jacents. Lorsqu'il s'agit d'une glande ou d'un organe nettement délimité, c'est son extirpation totale que l'on doit s'empresser de pratiquer. Cette règle de conduite est suivie universellement pour les tumeurs malignes du sein. Nous verrons plus loin que la chirurgie moderne tend de jour en jour davantage à appliquer la même méthode opératoire au traitement des tumeurs malignes de l'utérus.

Mais cela même n'est pas encore suffisant. Il est indispensable d'enlever tout ganglion envahi ou simplement susceptible de l'être et, en outre, les troncs lymphatiques infectés qui conduisent du foyer morbide primitif à ces ganglions secondairement atteints. C'est ce que Verneuil a établi d'une façon péremptoire pour le cancer de la langue, par exemple. Certains opérateurs, convaincus que l'adénopathie ganglionnaire y est constante, quoiqu'elle passe souvent inaperçue, ont proposé,

après avoir amputé la langue, d'aller, par une incision à la région sus-hyoïdienne, à la recherche des ganglions sous-maxillaires engorgés. Mais, par ce procédé, les vaisseaux lymphatiques charriant les produits pathologiques sont respectés; aussi Verneuil a-t-il été unanimement approuvé lorsqu'il a conseillé de faire l'extirpation simultanée de la glande sous-maxillaire et du plancher de la bouche. Pour les tumeurs malignes de la mamelle, il doit en être exactement de même, et l'usage est actuellement général de ne plus enlever un sein cancéreux sans pratiquer en même temps un large curage du creux axillaire correspondant. Cette opération doit être faite, non pas au moyen de deux incisions séparées, mais par une seule plaie se prolongeant du sein à l'aisselle et en ayant soin d'enlever avec la tumeur une bande de peau comprenant le tissu conjonctif sous-cutané et ses lymphatiques.

Si nous cherchons des faits prouvant cette action désastreuse des ganglions intéressés sur le résultat éloigné de notre opération, nous en trouverons abondamment concernant les cancers des lèvres et de la langue. Dans cette région, en effet, il est fréquent de voir la cicatrice demeurer indemne, tandis que les ganglions cervicaux ne tardent pas à se prendre. Cet envahissement ultérieur se déclare un temps variable après l'intervention, parfois plusieurs années. Il en est ainsi pour l'utérus. Après une amputation du col utérin, Verneuil a vu survenir l'adénopathie au bout de 6 ans 1/2. Nous avons tort d'employer l'expression « survenir », car il est évident que cet engorgement des ganglions lymphatiques par la matière cancéreuse ne peut provenir que de la masse primitive autrefois extirpée. Ce n'est donc pas là, même à une si longue échéance, une récidive véritable, mais plutôt une continuation du processus néoplasique qui poursuit son évolution après une opération qui fut, en réalité, incomplète. A dire vrai, la malade n'a jamais été guérie, nous entendons d'une façon parfaite; elle a seulement bénéficié d'une trêve plus ou moins longue dans le développement du cancer, suivant le mot si juste de Verneuil. D'ailleurs, les récidives exclusivement ganglionnaires ne sont pas les seules retardées par les périodes d'accalmie qui accompagnent nos opérations. Verneuil a rapporté le cas d'une personne qu'il a opérée d'une tumeur du sein, dont la nature maligne fut démontrée par le microscope. Trente ans plus tard, une tumeur nouvelle prenait

naissance dans la cicatrice et présentait exactement les mêmes caractères histologiques que le néoplasme primitif. Certainement il était resté des éléments morbifiques dans la région et nous ne connaissons pas dans la science d'exemple plus remarquable de latence prolongée. Mais tirant de ce fait des conséquences d'une portée trop générale, Verneuil en conclut que l'apparition d'une tumeur maligne est sous la dépendance d'une diathèse organique qui persiste toute la vie et contre laquelle les interventions les plus énergiques demeurent impuissantes.

Quelques chiffres vont nous prouver que les tentatives opératoires sont utiles aux malades et doivent être plus courageusement entreprises. En 1881, Siegfried Fischer a collationné toutes les observations de sujets opérés de tumeurs malignes par Rose, à l'hôpital cantonal de Zurich, dans une période s'étendant de 1867 à 1878. Pour compléter ces renseignements, il alla à la recherche de tous les malades qui avaient survécu. Meyer, en 1888, poursuivit ce curieux recensement. Le nombre total des opérés de Rose était à ce moment de 256, dont 77 seulement étaient encore en vie lors de la publication des relevés de Fischer. Meyer voulut les visiter à son tour. 5 d'entre eux ne purent être retrouvés, 8 n'étaient pas en état de donner une réponse suffisamment explicite, mais, sur les 64 autres, Meyer est parvenu à se procurer des informations circonstanciées. Ces 64 se décomposaient en 22 survivants et indemnes de toute récidive au bout d'un temps qui variait de 10 à 21 ans, 19 morts de maladies accidentelles, de 2 à 16 ans après l'opération, mais sans avoir présenté de récidive, et 23 morts par suite de récidives locales ou de généralisation, survenant dans un délai de 6 mois à 11 ans et demi après l'ablation. On pourrait objecter que la plupart des observations, particulièrement celles qui ont trait aux guérisons définitives, sont résumées brièvement et manquent de précision. Il est question, dans un assez grand nombre de ces cas, non seulement d'épithéliômes cutanés ou muqueux superficiels, mais de tumeurs volumineuses ayant nécessité des pertes de substance considérables. Fréquemment des ganglions lymphatiques engorgés durent être excisés. Toutes les variétés de cancers y sont représentés, mais les sarcômes purs, les fibro et les cystosarcômes y tiennent une place prépondérante. Ces résultats ne laissent aucun doute sur la possibilité et même la fréquence, toutes proportions gardées, de la guérison parfaite des tumeurs malignes.

A peu près en même temps, M. Plicque, à Paris, réunissait 300 observations de cancers, la plupart opérés en pleine récidive. La guérison a été dans 4 cas de plus de 20 ans et dans 13 cas de plus de 10 ans. Le chiffre total des faits où elle s'est maintenue plus de 5 ans s'élève à 59. De même que les observations de Meyer et de Fischer, les constatations de M. Plicque attribuent aux sarcômes la plus grande partie des succès durables, mais tous les genres de tumeurs malignes sans exception y occupent une place. Ce bénéfice encourageant est dû en premier lieu à la précocité et à l'étendue de l'ablation, mais M. Plicque se demande s'il ne faut peut-être pas faire une part à une modification spontanée et bienfaisante de l'état général sous l'influence de l'opération.

Suivant Broca on n'observerait la généralisation des tumeurs malignes que dans les trois quarts des cas au plus et dans la moitié ordinairement. Lebert l'évalue à une proportion d'environ 56 pour 100 des cas. Mais ces deux auteurs ne comprennent pas dans la généralisation la propagation aux ganglions lymphatiques. Pour nous, qui considérons comme tumeur secondaire l'envahissement du système lymphatique, nous admettrons la production de nodules par infection comme un phénomène constant. La récidive, étant par définition liée à l'engorgement ganglionnaire, nous apparaîtra donc comme un fait inévitable. Aussi n'aurons-nous des chances sérieuses d'obtenir des succès durables qu'à la faveur d'une extirpation hâtive et très largement pratiquée. Comme la récidive locale et la généralisation sont en raison directe l'une de l'autre, nous formulerons de la manière suivante la règle qui nous servira de guide dans le choix d'une méthode de traitement véritablement curatif : toute opération partielle est fatalement mauvaise parce qu'elle entraîne nécessairement la repullulation à bref délai. Il convient de dépasser largement les limites du néoplasme et d'inciser en plein dans les parties saines. Cette première ablation sera suivie de l'excision aussi rigoureuse que possible de tous les ganglions suspects, car il n'est pas rare de voir se développer progressivement des ganglions qui, avant l'opération, étaient imperceptibles au point de laisser croire à l'intégrité parfaite des voies lymphatiques, l'engorgement étant au début assez peu marqué pour échapper à toute investigation. M. Kirmisson a prouvé, en effet, par trois observations démonstratives, que la dégénérescence lymphatique peut passer ina-

perçue même de l'exploration la plus minutieuse. La première observation a trait à une femme de 48 ans, chez laquelle on ne percevait avant l'opération aucun ganglion, cependant le curage du creux axillaire conduisit à en enlever 5 ou 6 variant du volume d'un pois à celui d'un haricot. La deuxième est celle d'une femme très grasse, qui portait dans l'aisselle une dizaine de ganglions volumineux, que l'embonpoint de la malade avait empêché de constater par la palpation. Enfin, la troisième nous montre un épithélioma du sein s'accompagnant de 7 ou 8 ganglions envahis, alors que l'examen clinique n'avait permis d'en découvrir qu'un seul.

Ainsi la fréquence des récidives, après les opérations dirigées contre les tumeurs malignes, est due dans l'immense majorité des cas à ces deux grandes causes : l'ablation n'est pas pratiquée assez largement, et les malades, porteurs de cancers, s'adressent trop tard aux chirurgiens, alors que la propagation au courant lymphatique est générale. Tout récemment, M. E. Lauwers (de Courtray) a repris l'étude de la repullulation post-opératoire des néoplasmes de mauvaise nature et s'est efforcé d'en signaler les raisons physiologiques les plus manifestes. D'après lui, cette prolifération tiendrait à des défauts inhérents à l'extirpation elle-même. Toutes les variétés de cancers, même réputées les plus pernicieuses, dit M. E. Lauwers, sont radicalement curables à l'origine et par suite relèvent d'une intervention large et précoce. Il s'agit, avons-nous dit, d'outrepasser grandement les limites du mal. Mais il est parfois difficile de déterminer exactement où sont les limites précises du néoplasme. Cette connaissance ne pourra être complète qu'autant que l'anatomie pathologique aura fait une étude minutieuse de la distribution des voies lymphatiques dans les organes qui sont le siège le plus fréquent du cancer. M. E. Lauwers est convaincu qu'une extirpation raisonnée des troncs lymphatiques, ayant pour base une science parfaite de leur répartition dans tout le territoire et les alentours d'un organe envahi, aurait pour résultat certain de faire baisser dans une notable proportion le nombre des récidives après la première tentative opératoire. Précédemment Kocher avait exposé sa manière d'opérer qui est sensiblement pareille à celle que vient de préconiser l'auteur belge. Il n'hésite pas à attribuer ses succès à sa méthode opératoire et pense avec Volkmann que dans le cas de tumeurs malignes, il faut s'attaquer autant à la région ganglionnaire

qui a pu être infectée qu'au néoplasme lui-même. Il importe d'intervenir avant que les voies lymphatiques, qui conduisent à la première station ganglionnaire, soient atteintes par le mal. Mais à quel moment précis se fait cet envahissement ? Dans l'impossibilité où nous nous trouvons encore de déterminer la période à laquelle les cellules épithéliales commencent à se répandre dans les vaisseaux lymphatiques, nous ne pouvons que nous efforcer de les distancer, autrement dit d'opérer de fort bonne heure.

Dans toute tumeur maligne, il y a. comme l'a fait remarquer Verneuil, une zone suspecte constituée par la région des lymphatiques efférents et s'étendant jusqu'aux ganglions correspondants. C'est surtout dans cette zone que se produisent les récidives et il faudrait pouvoir l'enlever toujours. Cette extirpation est malheureusement presque constamment impossible dans les membres à cause des grands délabrements qu'elle rendrait nécessaires, mais elle peut être faite quand il s'agit des tumeurs du sein dont les ganglions ressortissants sont peu éloignés. Il faut l'enlever systématiquement et de parti délibéré. Le sacrifice de cette zone douteuse est donc amplement justifié et d'autre part le pronostic est singulièrement amélioré au point de vue de la récidive possible.

Encore que les repullulations locales soient causées presque invariablement par une extirpation forcément partielle, elles paraissent tenir dans plusieurs exemples à une greffe transportée par les instruments ou les doigts du chirurgien. Il va de soi que les interventions secondaires entraînent une gravité au moins équivalente à celle des opérations primitives. Ajoutons enfin que l'âge avancé constitue une circonstance avantageuse sous le rapport du pronostic, tandis que le jeune âge est, au contraire, une condition désastreuse.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER UTÉRIN

M. Rouffart (1). — Lorsqu'on a préconisé l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, on espérait voir les malades recueillir de grands bénéfices d'une opération qualifiée de radicale. Aujourd'hui que les résultats opératoires et tardifs de cette intervention ont été examinés avec soin, on constate que le progrès réalisé n'est pas considérable. Si l'on recherche pourquoi les résultats n'ont pas été plus brillants, on est frappé tout d'abord par ce fait que toutes les femmes atteintes de carcinome utérin opérable ont été soignées de la même façon et que toutes, ou presque toutes, ont subi la même opération.

Que l'affection soit limitée à une petite portion du col utérin, ou qu'elle ait envahi le col tout entier, que le vagin soit entrepris, que les ligaments larges soient à leur base le siège d'une prolifération cancéreuse, c'est toujours à l'hystérectomie vaginale que l'on a recours, et cependant elle ne peut donner de bons résultats que si l'on a affaire à *un cancer au début*. Les lésions doivent être très limitées : une simple ulcération au niveau de l'orifice du col, ou bien un ou plusieurs noyaux qui soulèvent la muqueuse à la surface externe, ou bien encore une induration avec érosion dans la cavité du col. D'une façon absolue, il faut que le cancer soit bien limité, qu'il n'ait envahi qu'une petite portion de l'organe, tandis que la souplesse des culs-de-sac vaginaux persiste complète.

Voilà quelles sont les véritables indications de l'hystérectomie vaginale, et, dans ce cas, c'est une bonne opération.

Mais en pratique, nous nous trouvons bien rarement dans des conditions aussi favorables ; il est exceptionnel de rencontrer des lésions si peu étendues ; et pourtant il n'y a pas d'opération plus souvent proposée que l'hystérectomie vaginale, dans le cancer.

Quand les malades viennent consulter le chirurgien, le moment de l'opération radicale par le vagin est le plus souvent passé : le col est détruit, la tumeur est considérable, les culs-de-sac vaginaux sont indurés et les éléments de la tumeur se sont propagés dans les lymphatiques de la région. Obtenir la cure radicale du carcinome en enlevant l'utérus par la voie vaginale n'est plus possible ; c'est à une autre intervention qu'il faut recourir : l'extirpation de l'utérus par la voix haute.

(1) Journ. Médic. de Bruxelles, déc. 1897.

Par l'abdomen, on pourra enlever la matrice atteinte de cancer, évider les ligaments larges, poursuivre le mal dans les ganglions éloignés et réséquer le vagin. Ce *modus operandi* est celui que nous choisissons lorsque le cancer est à la période d'état, qu'il a détruit en partie le col, que l'ulcération s'étend largement, qu'elle affleure aux culs-de-sac, que le vagin est entrepris ou que la base du ligament large est envahie. Dans la plupart des cas, de telles lésions coexistent avec toutes les apparences extérieures de la santé. La malade déclare perdre un peu de sang depuis quelques mois. Elle n'y a d'abord pas fait grande attention ; elle ne s'inquiète que parce que les pertes continuent ; elles sont formées tantôt par un liquide jaunâtre, sanieux, tantôt par du sang pur ; la fréquence de ces phénomènes et surtout l'apparition de douleurs, symptôme qui dénote que l'affection a dépassé l'utérus, conduisent la malade à consulter le médecin. Les femmes, pour diverses raisons, ne se décident que fort tard à se confier à un spécialiste. Aussi la laparo-hystérectomie sera-t-elle indiquée bien plus souvent que l'intervention vaginale.

Lorsque, à la Société de gynécologie, j'ai, en juillet dernier, défendu cette manière de voir, nous nous sommes attachés, feu M. le Docteur Cittadini et moi, à faire ressortir que cette opération ne doit pas être faite seulement à titre d'exception, quand, les masses cancéreuses ayant envahi tout le petit bassin, le chirurgien doit se livrer à une dissection laborieuse sans grande chance de succès. Dans mon esprit, la laparo-hystérectomie doit remplacer l'extirpation vaginale de l'utérus dans la plupart des cas, et je viens d'essayer d'en donner les indications générales.

Un fait, qui a frappé tous ceux qui ont fait un certain nombre d'hystérectomies vaginales contre le cancer, est l'influence de l'âge. Chez les femmes qui ont atteint l'âge de 30 ans, les effets curatifs de l'opération sont déplorables ; l'opération vaginale ne leur est d'aucun secours et le cancer continue son évolution fatale. Dans un article récent, Bouilly (1) s'exprime ainsi :

« Chez les jeunes femmes, avant 30 ans, et dans les quelques années qui suivent cette période, les résultats thérapeutiques sont absolument mauvais ; la lésion récidive d'une façon presque immédiate ou, pour mieux dire, semble se continuer ; le bourgeonnement cancéreux se reproduit avant même la cicatrisation de la plaie opératoire. Le bénéfice est nul ; aux symptômes de la lésion primitive succèdent presque sans intermède les symptômes de la lésion récidivée.

» A cet âge, alors même que les conditions locales paraissent les plus favorables, la néoplasie épithéliale a une telle activité qu'elle a déjà envahi les lymphatiques des ligaments larges ou les tissus péri-utérins, sans qu'aucun signe clinique puisse faire soupçonner ni reconnaître cet envahissement. Les tissus, en apparence sains, sur

(1) *Semaine gynécologique*, 11 mai 1897, p. 149.

lesquels porte l'ablation, sont sans doute déjà histologiquement malades. La rapidité de la récidive ne peut guère s'expliquer autrement. Pareille rapidité de développement et de propagation du cancer utérin s'observe au cours de la grossesse et après l'accouchement, et le pronostic, en pareil cas, est tout aussi mauvais que chez les toutes jeunes femmes. »

La manière dont Bouilly explique la récidive rapide du cancer utérin chez les jeunes femmes est à retenir. Si l'affection prend un nouveau développement parce que les tissus envahis par la néoplasie n'ont pas été extirpés en totalité dans l'hystérectomie vaginale, il y a lieu d'entreprendre chez une femme jeune, offrant par conséquent une résistance considérable, une opération peut-être laborieuse, mais au cours de laquelle on peut poursuivre le cancer dans toutes les parties où il s'est développé. La laparotomie permettra d'enlever l'utérus, d'extirper les ganglions suspects avec le tissu cellulaire, rempli de vaisseaux lymphatiques, et, dans ces conditions, on est en droit d'espérer une guérison plus complète, une survie plus longue.

Soit dit en passant, il ne faut pas confondre la force de résistance d'une malade avec le développement du tissu adipeux, qui, lui, est une gêne pour opérer.

L'embonpoint des malades peut être une contre-indication à l'ouverture de l'abdomen; l'épaisseur des parois, qui atteint parfois 10 à 15 centimètres, empêche d'arriver facilement dans le pelvis, et le but de l'opération n'est pas atteint. Une autre raison fait encore rejeter dans ces cas une intervention quelque peu longue et délicate : c'est l'état du cœur, qui, chargé de graisse, faiblit après l'opération et cause la mort de la malade après qu'on a espéré une guérison pendant cinq ou six jours.

Une autre contre-indication à la laparotomie réside dans l'âge avancé de la malade. Après 60 ans, le cancer affecte une marche relativement bénigne, et le début dans ces cas est toujours insidieux; de sorte que, si d'un côté, les lésions sont ordinairement trop avancées quand on examine ces malades pour pouvoir, avec quelque chance de succès, faire encore l'hystérectomie vaginale, de l'autre, on peut, grâce à la lenteur du développement de la tumeur, s'en tenir au traitement palliatif. Une opération, indiquée parfois dans ce cas, est l'opération de Byrne, qui ampute le col à l'aide de l'anse galvanique et qui, dernièrement encore, a défendu avec conviction la valeur de son procédé.

Je viens d'établir nettement ce qui sépare ma pratique de celle de Pryor, qui réserve principalement la voie haute pour les cas dits inopérables, pour toutes les récidives après hystérectomies, et quand les ganglions pelviens sont entrepris. C'est dans des cas semblables que, pour opérer à blanc, ce chirurgien fait comme manœuvre pré-

liminaire la ligature des iliaques internes. En présence d'un cancer arrivé à ce degré, faut-il imiter le chirurgien américain? Je ne le pense pas.

Il ne faut pratiquer une laparo-hystérectomie que si l'on a l'espoir de pouvoir enlever tout le tissu malade. Autrement, l'intervention n'a que la valeur d'une opération palliative et le bénéfice à en retirer n'est pas en rapport avec le danger immédiat que l'on fait courir à la malade.

J'ai fait assez grande la part de la laparo-hystérectomie dans le traitement du cancer utérin pour ne pas compromettre son avenir en l'appliquant à des cas où la mortalité sera forcément très grande et où le service rendu sera minime. C'est dans les cas où, abusivement à mon avis, on emploie la voie vaginale, que la laparotomie trouvera ses indications. La justification d'une opération de cette importance se trouve dans le mode de généralisation de ces tumeurs, qui forment des embolies néoplasiques dans les vaisseaux lymphatiques circonvoisins, avant même que les ganglions de la région soient entrepris. Rien ne révèle à l'opérateur ces métastases cancéreuses, et s'il n'excise pas largement les tissus qui entourent le cancer et le territoire lymphatique suspect, il reste dans la plaie le germe d'une récidive ou mieux une portion même du néoplasme qui continuera son évolution après le traumatisme opératoire. De plus, dans l'hystérectomie vaginale, on est parfois forcé de laisser en place des nodules cancéreux développés dans les ligaments larges, parce qu'ils se trouvent en dehors du *champ opératoire* limité de cette intervention.

Enfin, pendant les manœuvres opératoires, on peut greffer sur les tissus cruentés ou érodés des cellules encore vivantes du néoplasme.

La voie haute met, bien mieux que l'opération pratiquée par le vagin, à l'abri de ces causes de récidive qui dépendent de la nature même du néoplasme.

On arrivera plus facilement à réséquer les ligaments larges, à en enlever les tissus cellulaires, à vérifier et à extirper les ganglions lymphatiques. Le vagin et les organes atteints pourront facilement être amenés dans la plaie, et l'opérateur jugera du traitement qu'il doit leur faire subir Les infiltrats du tissu cellulaire peuvent être éliminés ; enfin le champ opératoire peut plus facilement être débarrassé de tous débris de tumeurs qui pourraient faire greffe

Dans la séance de la Société de gynécologie du 17 juillet dernier, après la lecture du beau travail de M. Cittadini sur cette question, M. le Dr Jacobs s'est montré adversaire de cette tendance, à cause de la grande difficulté que présente l'opération, à cause du soin méticuleux que réclame l'intervention opératoire.

J'estime que le pronostic de l'hystérectomie abdominale se rapprochera de plus en plus de celui de l'hystérectomie vaginale, surtout

si l'on ne se borne pas à faire, dans les cas extraordinairement difficiles, de la virtuosité chirurgicale, mais si, comme je le préconise, on pratique l'opération dans des cas à indications bien précises. La gravité de la laparo-hystérectomie ne peut aujourd'hui être discutée. Nous en sommes à la période de début ; nous n'avons guère pratiqué l'opération que dans les cas les plus défavorables, dans ceux qui s'écartent des indications telles que je les comprends.

Dès lors, les statistiques que l'on fournirait aujourd'hui ne pourraient éclairer la question. D'ailleurs, l'hystérectomie vaginale a aussi ses revers, et dans le travail que je citais plus haut, Bouilly, savant consciencieux autant que chirurgien habile, accuse une mortalité de 19 °/₀ dans une série de 127 opérations. Il ajoute :

« Le chiffre général de la mortalité est élevé et pourrait donner une fâcheuse idée de la gravité opératoire, s'il n'était pas interprété comme il doit l'être. Il est singulièrement exagéré du fait de la pratique des premières années, où la technique ni les indications n'étaient suffisamment connues ; il diminue au fur et à mesure de l'amélioration de ces conditions : en 1895, 25 cas sont opérés avec un seul décès ; en 1896, 17 cas également avec une seule mort. Il est cependant nécessaire de faire remarquer la gravité relative de l'hystérectomie vaginale pour le cancer utérin, comparée à la bénignité de cette même opération dans le traitement des fibromes ou des lésions annexielles. Les cancéreuses paraissent prédisposées à une série de complications post-opératoires que l'on n'observe pas dans les autres circonstances où l'on pratique l'hystérectomie vaginale. »

J'ai tenu à citer cette appréciation de Bouilly, parce que, dans ma pratique, j'ai fait la remarque inverse, et dans un petit travail paru en 1894 (1), je faisais ressortir la bénignité de l'hystérectomie dans le traitement du cancer. Mon opinion ne s'est pas modifiée à ce sujet : le pronostic opératoire reste favorable, mais le résultat thérapeutique est minime. C'est à modifier ce résultat thérapeutique que doivent tendre nos efforts, et puisque, scientifiquement, par la voie vaginale nous ne pouvons arriver à faire dans la plupart des cas une extirpation complète du néoplasme, nous devons recourir à une autre intervention plus logique et plus chirurgicale.

Au point de vue du manuel opératoire, la laparo-hystérectomie offre peu de particularités. Kelly pratique tout d'abord le cathétérisme des uretères, mais cette manœuvre ne m'a jamais parue nécessaire ; j'ai toujours pu trouver les uretères et les éviter facilement au cours de l'intervention ; je n'ai jamais pratiqué la ligature des iliaques internes avant d'attaquer la tumeur cancéreuse. Après les soins minutieux qui doivent nécessairement précéder une telle opération, je fais placer la malade dans la position de la taille, je fais

(1) Indication et manuel opératoire de l'hystérectomie. (*Annales de la Société belge de chirurgie*, n° 3).

un dernier lavage du vagin, j'enlève à la curette les bourgeons cancéreux et cautérise la surface au thermocautère, plusieurs fois ; dans le but de diminuer le temps pendant lequel le ventre devra rester ouvert, je profite de ce moment pour détacher au fer rouge le col utérin de ses insertions vaginales et je sépare la vessie de son adhérence à la matrice ; mais je n'ouvre pas les culs-de-sac péritonéaux. Cela fait, je place la femme dans la position de Trendelenburg, j'ouvre le ventre et place une compresse triangulaire qui recouvre les intestins, les garantit et est tenue en place par une longue pince à forcipressure introduite d'avance dans le cul-de-sac vaginal postérieur et qu'un mouvement fait pénétrer dans l'abdomen. L'opération se continue comme une hystérectomie ordinaire. L'utérus et la tumeur enlevés, on étale les deux feuillets péritonéaux des ligaments larges, on soulève le feuillet postérieur et l'on se trouve sur les vaisseaux hypogastriques, le long desquels sont situés les ganglions. On continue les recherches et l'on enlève tout ce qui paraît suspect. On ferme le péritoine sans y laisser aucune ligature, aucun corps étranger, et l'on met tous ses soins à avoir un champ opératoire absolument net.

Cette opération doit être complète, c'est-à-dire que les investigations doivent porter sur tout le territoire lymphatique qui peut être suspect. Les ganglions iliaques lombaires doivent être examinés et enlevés, s'il y a lieu ; les ligaments doivent être réséqués le plus loin possible.

Il faut plus de soins que d'habileté pour conduire à bien une telle intervention, et si elle n'est pas entreprise trop tard, la gravité de l'hystérectomie sera sensiblement la même, que ce soit par le ventre ouvert que se fasse l'opération, ou bien que ce soit la voie vaginale que l'on choisisse. Mais tout est là : ne pas opérer trop tard. C'était déjà un axiome pour l'hystérectomie vaginale, ce doit être aussi la règle de conduite pour l'opération par la voie haute. Si le moment opératoire est passé pour une extirpation totale vaginale ou abdominale des tissus cancéreux, il ne reste qu'à faire un traitement palliatif, qui lui-même est très important et à l'étude duquel nous procéderons dans un prochain article.

M. Jacobs (1). — Les tristes résultats curatifs donnés par l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, résultats observés par la généralité des chirurgiens, laissent le champ largement ouvert à toute tentative nouvelle ayant pour but la cure radicale de cette triste affection, si tant est que nous puissions conserver l'espoir d'arriver à cette cure par la chirurgie. J'ai lu avec intérêt les travaux publiés dans notre *Bulletin* par notre regretté confrère, le Dr Cittadini ; dans le *Journal Médical*, par le Dr Rouffart. Tous deux préconisent la voie haute de préférence à la voie vaginale dans

(1) Bull. Soc. belge de gynéc. et d'obstét., 1897.

les cas de cancer du col opérables, c'est-à-dire les cas présentant les conditions opératoires requises et admises pour tenter l'opération avec chances de succès. J'avais, à différentes reprises, choisi la voie haute dans des cas de l'espèce, mais les résultats malheureux obtenus (récidives rapides, décès post-opératoires) me faisaient considérer l'opération abdominale dans le cancer utérin comme intervention d'exception. Depuis juillet, de parti pris, j'ai choisi la haute, et sur neuf interventions, j'ai obtenu neuf guérisons opératoires. Un des cas est décédé trois semaines après l'opération, à la suite de pneumonie double.

Je range parmi ces neuf cas (1), deux cas de cancer avec fibromes utérins (unique ou à noyaux multiples), sept cas de cancer du col.

Il me reste *actuellement* de l'enseignement que je puis déduire de ces différents cas la conviction que la voie haute, pas plus que la voie vaginale, ne pourra nous donner de résultats curatifs dans le traitement chirurgical du cancer utérin *tant que nous serons appelés à intervenir aussi tardivement.* La constatation que nous avons faite de l'existence de chaînes ganglionnaires pelviennes très étendues dans presque tous nos cas, alors que l'examen attentif n'avait pu nous en déceler traces, nous explique pourquoi les résultats curatifs de l'hystérectomie vaginale sont si décevants. Le champ opératoire dans l'intervention vaginale est forcément limité à l'utérus, aux annexes et, pour quelques opérateurs (tel Pavlick). au tissu cellulaire des ligaments larges. Ceux qui connaissent la voie vaginale ont pu se rendre compte de la difficulté de l'évidement pelvien par cette voie; il est évident que, *dans aucun cas,* on ne pourra parvenir à enlever les ganglions haut situés sur les vaisseaux iliaques ni le tissu cellulaire voisin. Aussi sommes-nous persuadés que *l'hystérectomie vaginale ne peut donner la guérison dans le cancer utérin, qu'elle ne doit plus être considérée que comme opération palliative, au même titre que le curettage, la cautérisation des tissus entrepris, l'amputation du col;* et, de ces opérations non radicales le curettage est de beaucoup préférable, car il donne au praticien la possibilité d'intervenir à nouveau dès que les accidents se représentent, laisse aux malades jusqu'à la fin l'illusion d'une guérison prochaine. Nous avons tous regretté notre impuissance absolue en présence des récidives qui se font après l'hystérectomie vaginale!

Nous constatons dans nos Observations des récidives aussi rapides que celles que nous publiions dernièrement après nos opérations vaginales. Ces résultats devaient être tels, les mêmes causes donnant les mêmes effets.

Si, dans chacun de ces cas, nous avons trouvé notre intervention justifiée, c'est que nous avons noté la parfaite mobilité de l'utérus, la non-entreprise du vagin, *l'intégrité des ligaments larges au toucher,* la cœliotomie nous a démontré que les ganglions pelviens ne peuvent

(1) L'auteur donne un résumé de ces neuf observations.

être que très rarement diagnostiqués. Or, pas plus dans le bassin que dans d'autres régions, le chirurgien ne peut espérer la cure du cancer s'il doit borner son opération à l'ablation du néoplasme et abandonner dans l'organisme des chaînes de ganglions entrepris. Si nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de déceler leur présence, nous interviendrons comme nous l'avons fait et nous serons forcés de faire des opérations incomplètes, inutiles dans l'espèce.

Il semble évident, d'après cette petite série opératoire, que nos moyens d'investigation sont insuffisants pour nous laisser persister dans la légitimité de l'opération radicale. Mieux eût valu, dans presque tous ces cas, n'intervenir que par de petites opérations palliatives.

Si les malheureuses pouvaient venir à nous tout au début de l'affection, lors de la première hémorrhagie, alors que les ganglions sont indemnes ou à peu près, j'estime que l'opération haute, suivie de l'ablation de tous les lymphatiques péri-utérins et iliaques, doit donner des résultats sinon curatifs absolument, au moins forcément meilleurs que les opérations actuellement en vogue et qui ne sont rien moins que radicales.

Un argument pourrait faire reculer les chirurgiens : le danger opératoire Nous avons prouvé par une récente statistique (un décès opératoire sur quatre-vingts cas). M. Rouffart par ses résultats, que cette castration totale par l'abdomen n'offre pas plus de danger que celle pratiquée par les voies naturelles. Nous considérons cette opération comme étant très simple et mettant, dans la plupart des cas, le chirurgien à l'abri de toute surprise opératoire, de tout incident post-opératoire.

Mais, d'autre part, nous tenons à insister sur les indications bien limitées de cette intervention aux cas de cancer au début. En intervenant trop tard, on se trouve, comme dans les cas que nous détaillons plus haut, en présence de lésions telles qu'on préférera leur abandon aux dangers qu'amènerait leur ablation. De telles interventions amènent le chirurgien à ces extrémités de ligatures des vaisseaux iliaques (Pryor), manœuvres qui rendent l'opération des plus dangereuses sans rien ajouter au bénéfice curatif à espérer.

Un dernier argument en faveur de la voie haute est la facilité grande que le chirurgien trouve à réséquer une partie plus ou moins large des parois vaginales, résection toujours plus difficile et plus laborieuse par l'opération vaginale.

Nous résumerons notre pensée en affirmant, avec M. Rouffart, la bénignité de l'opération abdominale, sa légitimité dans le cancer du col. L'opération FAITE AU DÉBUT DE L'AFFECTION laisse espérer une survie plus longue, une guérison plus radicale que *l'hystérectomie vaginale, qui ne peut donner de résultats curatifs, comme le prouvent toutes les statistiques.* Cette opération abdominale comprend la cas-

tration utéro-annexielle, la résection large du vagin et l'évidement des ligaments larges.

M. Rouffart. — Quoique M. Jacobs ait suivi les indications posées par moi dans le *Journal médical*, il a cependant opéré tardivement, puisqu'il y avait des ganglions nombreux entrepris dans le bassin. Dans ces cas, par la voie vaginale, le résultat eût été sensiblement le même, les ganglions continuant à évoluer. Un fait reste acquis, c'est que, d'après M. Jacobs, le pronostic n'est pas plus grave pour l'hystérectomie abdominale que pour l'hystérectomie vaginale, et cela résulte de la statistique des cas qu'il vient d'opérer. Dans ces conditions, je persiste à croire qu'il est plus chirurgical de prendre la voie haute, qui permet de tout enlever, du moins tout ce qui est entrepris, que d'opérer par le vagin : le champ opératoire étant forcément limité par cette voie. Faut-il toujours opérer par l'abdomen? Oui, quand on peut espérer enlever tous les tissus entrepris par la néoplasie. Quant à l'avantage qu'il y aurait à pouvoir plus facilement enlever un lambeau du vagin en opérant par cet organe, j'ai pu, dans le premier cas rapporté par Cittadini, enlever par l'abdomen une portion cancéreuse de cet organe. Quant à la statistique actuelle, l'opération est trop récente pour qu'elle puisse nous renseigner sur la valeur thérapeutique de la voix haute.

Ma pratique ne m'a pas donné les mêmes résultats qu'à M. Jacobs; j'ai vu des carcinomes envahissant le col utérin sans pouvoir découvrir des ganglions dans le bassin. S'il était vrai qu'à toute époque il y a des ganglions dans *tout* le petit bassin, il y aurait contre-indication à l'hystérectomie, quelle que soit la méthode à suivre.

M. Keiffer. — Les trois cas de cancer utérin les plus favorables que j'ai pu observer et opérer d'hystérectomie vaginale totale concernaient des femmes chez lesquelles l'ulcération maligne ne dépassait pas la grandeur d'une pièce d'un franc et siégeait au col. L'examen microscopique préalable avait été nécessaire, même pour assurer le diagnostic. Les malades étaient robustes et n'accusaient aucun symptôme général de l'affection, ni aucune extension ganglionnaire appréciable du côté des ligaments larges.

Nos trois malades ont néanmoins succombé par récidive dans l'année qui a suivi l'intervention, et cela avec une rapidité d'autant plus grande qu'elles étaient jeunes.

M. Rouffart. — Dans ces cas, il n'est pas douteux que des tissus cancéreux ont été laissés en place. Ce qu'il faut avoir pour but, c'est de faire l'opération la plus complète, et certainement, en suivant cette idée, la laparotomie est préférable à l'hystérectomie vaginale. Il faut : ou laisser, de parti pris, les ganglions lymphatiques et recourir à la voie vaginale, ou bien chercher à enlever la totalité de la lésion, et alors la voie haute peut seule le permettre.

M. KEIFFER. — M. Jacobs nous dit : « S'il était possible d'enlever les ganglions du petit bassin par la voie abdominale, nous pourrions améliorer sensiblement le pronostic et retarder la récidive, sinon l'éviter. » A cela je ne puis m'empêcher de répondre que je considère la chose comme matériellement impossible. Je défie qui que ce soit d'enlever tout le tissu lymphatique du petit bassin, même en y mettant le temps et sur le cadavre, *a fortiori* au cours d'une laparotomie. Or, vous ne pouvez pas être satisfait de votre intervention après avoir enlevé par dissection quelques ganglions à droite et à gauche. Vous savez très bien que le système lymphatique, qui semble être la voie de propagation du néoplasme malin, n'est pas représenté que par quelques ganglions, qu'il y en a d'inappréciables au toucher, que les vaisseaux lymphatiques qui les relient entre eux sont innombrables, et qu'une fois les ganglions enlevés, ces vaisseaux restent avec leur contenu, leurs éléments chimiques et leurs cellules, autant de germes de récidive qui rendent l'opération illusoire, quelle que soit l'habileté de celui qui l'entreprend.

M. JACOBS. — Avec une telle conviction je ne comprends pas que vous ayez fait les hystérectomies dont vous avez parlé tantôt.

M. KEIFFER. — J'ai tenté ces opérations à une époque de la maladie où elles étaient faciles et où elles me donnaient toutes les chances de longue survie. Le résultat a cependant été désastreux. Je me demande alors si, la récidive étant fatale, des opérations de dissection du petit bassin, aussi longues et aussi graves, et forcément incomplètes, sont justifiées.

M. JACOBS. — Les objections théoriques de M. Keiffer ne m'entraîneront pas. J'estime, *actuellement*, avec M. Rouffart, que nous DEVONS avoir recours à la voie abdominale, sous certaines conditions, parce qu'elle nous permet d'intervenir plus radicalement et, par suite, d'espérer des guérisons là où aucune thérapeutique n'a réussi jusqu'à ce jour. L'avenir nous dira si nous avons raison, mais ne condamnons pas une intervention qui nous ouvre une voie nouvelle, alors que, actuellement, nous sommes absolument désarmés, quelque beaux que soient les résultats publiés par certains chirurgiens.

Je puis vous citer un fait qui vient confirmer les données que je vous exposais tantôt. J'eus l'occasion, au récent Congrès de Moscou, de demander à M. le Professeur Olshausen, de Berlin, comment il expliquait les résultats, si encourageants, obtenus par lui avec l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin, alors que nos résultats sont si déplorables. (J'avais vu à Moscou une malade opérée par le professeur Olshausen huit ans auparavant et toujours en bonne santé). Le professeur me dit que, d'après lui, nos tristes résultats dépendaient uniquement du fait que, chez nous, les malades atteintes de cancer ne se font opérer qu'après avoir tenté tous les moyens

médicaux empiriques pour se guérir, tandis qu'en Allemagne, l'éducation gynécologique de la femme est telle, qu'elle va au spécialiste à la première alerte.

Nous partageons tous cette manière de voir ; nous sommes persuadés qu'en opérant au début du cancer et aussi radicalement que possible, nous arriverons à des guérisons.

M. Rouffart. — Tout d'abord la récidive est-elle fatale et n'est-ce pas le procédé opératoire qui rend la récidive rapide et inévitable. Des cas de non récidive du cancer du sein ont été constatés; pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'utérus ? M. Jacobs vient d'accorder que le pronostic opératoire n'est pas plus grave, quelle que soit la voie choisie dans l'hystérectomie pour le cancer utérin. Dans ce cas, il faut s'adresser au manuel opératoire qui nous permettra d'enlever du mieux possible les tissus malades. La grande objection est la difficulté de l'opération, mais cette objection tombera du jour où nous aurons fait un certain nombre de ces opérations. D'ailleurs, il s'agit d'aller à la recherche des ganglions malades, comme cela se fait pour le sein et non pas de rechercher tout le système lymphatique du petit bassin. Une malade qui porte une tumeur cancéreuse se présente : faut-il l'opérer ? Je réponds oui, et je dis qu'il faut pratiquer l'opération la plus complète possible et, en me basant sur ce principe, j'aurais plus souvent recours à la voie haute qu'à l'intervention vaginale.

M. Debaisieux. — Je n'ai pu me résoudre, jusqu'à présent, à pratiquer, pour un épithélioma peu avancé du col utérin, l'hystérectomie totale par la voie abdominale ; une seule raison m'arrête, c'est la considération du grand danger de l'opération, comparée aux faibles avantages qu'il est permis d'en attendre.

M. Jacobs vient de nous dire, il est vrai, qu'il a pu faire l'opération neuf fois avec huit succès immédiats, mais il a ajouté que devant l'envahissement très étendu du système lymphatique, il avait dû renoncer à l'extirpation de tous les ganglions malades. Dans ces conditions, les huit succès opératoires de M. Jacobs ne m'étonnent plus. Mais je ne crois pas que l'on puisse s'attendre à d'aussi beaux résultats si l'on pratique l'opération comme le veut M. Rouffart, c'est-à-dire si l'on enlève tous les ganglions lymphatiques dont l'augmentation de volume trahit l'envahissement par le néoplasme ; pour atteindre ce but, il faudra inciser en divers endroits le péritoine pelvien, mettre à nu les vaisseaux iliaques, poursuivre le long de ces vaisseaux la chaîne des ganglions et l'opération ainsi comprise ne sera pas sans entraîner une importante mortalité. Or, c'est là précisément ce qui me fait reculer. J'hésite à faire courir à mes malades des risques considérables en vue d'un résultat qui, de l'avis de tout le monde, ne sera presque toujours qu'un résultat palliatif,

une guérison de quelques mois. Je ne demanderais pas mieux que de pouvoir imiter la conduite de M. Rouffart. Je le ferai certainement le jour où notre collègue viendra, avec des faits de sa pratique, me prouver que je me trompe, et sur la gravité de l'acte opératoire, et sur les résultats définitifs que l'on peut en retirer.

M. Rouffart. — Je comprends les scrupules de M. le Président Debaisieux. Nos faits sont peu nombreux. Depuis la séance de juillet, j'ai opéré sept fois par la laparotomie dans le cancer utérin et j'ai eu deux décès ; mes cinq opérées vivent encore et sans récidive. Je n'ai pas encore assez de cas pour faire une statistique complète, car je crois que le pronostic opératoire s'améliorera encore. De plus, M. Debaisieux me paraît croire que je suis partisan de l'intervention dans les cas où le petit bassin est entrepris ; or, je fais l'opération par la voie haute dans les cas de cancer au début. J'estime que c'est à cette période qu'il faut chercher à enlever toute la néoplasie avec le territoire lymphatique entrepris. Quand l'utérus est immobilisé, que tout le petit bassin est entrepris, il est trop tard, et c'est alors un traitement palliatif qu'il faut instituer. C'est à cela que les indications telles que je les comprends diffèrent des indications des chirurgiens américains qui, à mon avis, ont trop tard recours à la laparotomie. En résumé, j'irai par la voie haute quand je croirai pouvoir enlever ainsi tous les ganglions, tous les tissus entrepris ; je réserve la *voie* vaginale pour le premier indice de cancer pour l'opération faite comme en Allemagne, au plus léger symptôme, et les autres cas de cancer utérin sont du domaine du traitement palliatif.

M. Jacobs (1). — Depuis la communication que je fis à notre Société, en décembre 1897, sur l'ablation abdominale des organes génitaux suivie de l'évidement du bassin dans le cancer utérin, j'ai poursuivi l'exécution des idées exposées ici sur le traitement chirurgical rationnel de cette affection, idées que je crois être profondément justes. J'ai pu exécuter l'opération dans d'excellentes conditions à trois reprises. Deux des opérées sont en voie de guérison ; la troisième est morte d'infection mixte suraiguë. (*Suivent les observations détaillées.*)

M. Henrotay (2). Les faits que vient de rapporter M. Jacobs facilitent la tâche de faire entendre une note plutôt discordante au milieu des espérances généreuses que fait naître chez quelques-uns l'hystérectomie abdominale ou l'évidement du bassin appliqués au traitement du carcinome utérin.

On nous apportera encore de beaux résultats *opératoires*, mais cet enthousiasme ne tardera pas à se calmer à mesure que les résultats tardifs viendront témoigner d'un résultat aussi négatif pour un

(1) Bull. Soc. Belge de gynéc., 1898.
(2) Bull. Soc. belge de gynéc. 1898.

acte opératoire sans contredit plus grave. Au cours de la discussion des travaux de MM. Jacobs et Rouffart, toutes les objections possibles à l'évidement du bassin ont été présentées et je me rallie pleinement aux opinions émises par M. Debaisieux. Je désire reprendre un instant la question de l'envahissement ganglionnaire. D'accord en cela avec MM. Rouffart et Lauwers, je suis d'avis que l'épithélioma est au début une affection purement locale et que l'envahissement ganglionnaire régionnaire n'est pas la règle. Or, c'est précisément de ces cas seuls qu'il faut attendre un résultat heureux du traitement chirurgical. La carcinose est certes l'affection qui a indiqué les plus graves opérations et mutilations, dont la limite est près d'être atteinte, sans que les résultats, *pour les cas avancés*, se soient modifiés. Aussi, je doute que, si la carcinose devient un jour curable, elle le doive à la chirurgie.

Une de mes malades, atteinte d'épithélioma ayant détruit tout le col et infiltré la cloison vésico-vaginale, a subi, à Bruxelles, l'hystérectomie abdominale fin octobre dernier. J'avais appliqué à ce cas, absolument inopérable radicalement, le raclage du cratère et la thermo-cautérisation, tant l'impossibilité de poursuivre le néoplasme du côté du vagin et du côté du bassin était évidente. Je me demande, dans ma conscience, peut-être simpliste, mais bien sincère, si une hystérectomie abdominale appliquée à un cas semblable peut être autre chose qu'un exercice de médecine opératoire sur le vivant. Les hémorragies de la malade se reproduisaient dans le courant de janvier et actuellement l'infiltration du pelvis est totale.

Mon opinion sur le traitement du cancer utérin diffère notablement de ces conceptions. L'intervention radicale ne doit s'adresser qu'aux cas du début, dits opérables selon les anciennes indications.

Les statistiques favorables des auteurs allemands, qu'envie M. Jacobs, n'ont pas d'autre secret. (Il y aurait peut-être lieu de tâcher de diriger l'éducation de nos femmes belges afin que ces cas nous arrivent plus fréquemment au début).

C'est dire que j'opère peu de carcinomes radicalement ; en outre, mon intervention a pour guide une considération primordiale, déjà mise en avant par Mackenrodt, à savoir : *éviter l'inoculation opératoire.*

Pour qui a vu récidiver des tumeurs du sein au niveau de chaque point de suture, l'inoculation opératoire ne fait pas de doute, quels que soient les résultats discordants des données expérimentales.

Aux anciens *critériums* de l'intervention radicale dans le carcinome du col, j'en ajoute un nouveau : *la possibilité de pouvoir isoler l'ulcération du champ opératoire.*

La technique que j'applique aux cas appropriés est la suivante :

Raclage soigné et profond de l'ulcération à la curette tranchante ; cautérisation large du fond et des bords au Paquelin.

L'ulcération est ensuite refermée sur elle-même, en rapprochant le bord antérieur du bord postérieur et en appliquant tout le long de cette sorte de fente une série de pinces à griffes qui resteront à demeure jusqu'à la fin de l'intervention.

Par surcroît de précaution, les lèvres de la fente formée seront encore cautérisées entre les mors des pinces. Ceci étant terminé, le vagin est largement irrigué et les culs-de-sac soigneusement débarrassés des fragments de bourgeons ou des caillots qui pourraient s'y trouver.

Les valves, rétracteurs, ayant servi dans le premier temps de l'opération, sont lavés avec soin ou mieux stérilisés à nouveau. Les curettes auront été tenues à l'écart des autres instruments. L'opérateur et son aide se relaveront les mains comme si elles avaient été infectées.

Le second temps comprend l'hystérectomie proprement dite, au cours de laquelle *on évitera absolument toute hémisection ou morcellement*. Les trompes, les ovaires des deux côtés seront enlevés avec l'utérus et toutes les sections se feront au thermo-cautère. Je termine par la fermeture du vagin par un ou deux points de catgut ; la désinsertion du col au Paquelin n'ayant aucune influence sur la réunion *per primam* de la voûte vaginale.

Telle est la technique que j'ai suivie jusqu'à présent dans deux cas. Ma première malade, âgée de 40 ans, fut opérée le 30 septembre 1896 et revue en août 1897 sans traces décelables de récidive.

Comme son entourage était prévenu, je ne doute pas que j'eusse été prévenu si la situation avait changé (1).

Ma seconde malade est une personne de 31 ans, que j'opérai le 1er mai 1897, avec l'assistance de notre collègue Kufferath, pour un épithélioma proliférant (en chou-fleur) du col. Je revois régulièrement cette malade, qui est actuellement sans récidive malgré son jeune âge.

Les vues que je viens d'exposer me font rejeter comme mauvais le procédé d'hystérectomie abdominale, proposé par M. Jacobs, *quand il est appliqué à l'épithélioma du col*. La section aux ciseaux dans un col carcinomateux, en plein champ opératoire, est une inoculation inéluctable, et M. Depage, à la Société de chirurgie, a fait la même objection au procédé.

A mon sens, ce n'est pas en compliquant les opérations destinées à poursuivre, presque sans espoir, un ennemi dont on ne connaît pas les avant-postes, qu'il faut espérer l'amélioration des statistiques du cancer. L'hystérectomie vaginale seule a permis à von Ott, au dernier Congrès de Moscou, de rapporter les cas de malades indemnes de récidives après douze, onze, dix, huit et six ans. Tel

(1) Cette guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour d'après des nouvelles qui me sont parvenues depuis cette communication.

est le cas d'Olshausen rapporté par M. Jacobs ; tels sont encore les résultats encourageants dont vient de nous parler M. Lauwers.

Cette méthode suffit pour les cas du début, c'est-à-dire pour ceux-là seuls qui sont passibles d'une intervention radicale, mais elle doit s'exécuter suivant un procédé qui évite l'inoculation opératoire que la *voie haute* écarte difficilement.

Je ne vois qu'une indication de l'hystérectomie abdominale, celle qui existe dans le cancer du corps où l'intervention vaginale ne permettrait pas d'extérioriser l'utérus trop volumineux sans morcellement ou hémisection.

Dans les cas avancés, en attendant les données de l'expérience, je ne me sens aucune disposition à passer du traitement palliatif au traitement chirurgical actif, qu'il s'appelle hystérectomie abdominale ou évidement du bassin.

M. Lauwers (1). — La relation de ces douze cas de cancer du corps de la matrice, que je viens de résumer, m'a suggéré deux ordres d'observations : les unes concernent l'étude du cancer de l'utérus ; les autres se rattachent au traitement du cancer en général.

Le *cancer du corps de l'utérus* n'est pas défini, au point de vue de ses symptômes, de ses signes physiques et de sa marche, aussi nettement que semblent le faire croire nos traités classiques des affections des organes génitaux de la femme. Celui qui, pour se prononcer sur la nature cancéreuse d'une affection du corps de la matrice, attendrait l'arrivée des symptômes qu'on attribue communément à ce genre d'affections, — utérus volumineux, pertes fétides, coliques paroxystiques, teint jaunâtre, etc., — s'exposerait à ne trouver que des cancers inopérables et encourrait la plus grave responsabilité. De tous les symptômes qu'on attribue communément au cancer corporéal, il n'en est pas un — à part la métrorrhagie — qui n'ait fait défaut dans l'une ou l'autre de mes observations.

La métrorragie, survenant inopinément chez une femme qui a dépassé la ménopause, constitue un symptôme d'une importance capitale ; et si, à l'inspection, on n'en trouve pas la cause dans une dégénérescence maligne du col, l'idée d'un cancer du corps doit se présenter immédiatement à l'esprit du gynécologue.

Les pertes fétides n'ont pas, à beaucoup près, la même valeur séméiologique : car elles peuvent faire complètement défaut, même dans des cas relativement avancés, et elles s'observent aussi dans les endométrites atrophiantes des femmes âgées.

L'augmentation de volume du corps de l'utérus s'observe souvent, mais pas toujours : je l'ai vue faire défaut trois fois sur douze cas.

Dans la plupart de mes observations, le col était légèrement entr'ouvert.

En résumé, chez la plupart des malades que j'ai observées, il

(1) Bull. Soc. belge de gynéc., 1893.

existait un ensemble de symptômes subjectifs et objectifs, constituant des éléments d'appréciation suffisants. Mais il en était d'autres où ni l'âge de la malade, ni les symptômes constatés ne pouvaient faire présumer l'existence d'un cancer, et où l'examen microscopique de fragments de tissu, enlevés par la curette, a seul permis d'aboutir à une entière précision dans le diagnostic. Or, c'est dans ces cas précisément que la guérison paraît devoir être radicale. L'importance, tant de fois constatée et tant de fois contestée, de l'examen microscopique se trouve ainsi mise, une fois de plus, en lumière.

De toutes mes malades, atteintes de cancer opérable du corps de l'utérus, il n'en est pas une seule qui ait succombé à l'hystérectomie, soit vaginale, soit abdomino-vaginale.

Quant aux résultats éloignés de ces opérations, ils sont on ne peut plus encourageants.

Quatre de mes malades seulement sont mortes de récidive, l'une quatre mois, les trois autres une année après l'opération.

Une de mes opérées est morte des suites d'une chute, quatre ans après avoir subi l'hystérectomie, et sans avoir présenté aucun symptôme de récidive.

Mes sept autres opérées sont encore en vie, et sauf pour l'une d'elles, que je n'ai pas revue, je puis affirmer que toutes jouissent jusqu'ici d'une santé florissante. Elles ont été opérées, l'une il y a plus de huit ans, une autre il y a cinq ans, une autre encore il y a quatre ans, trois autres il y a environ deux ans, et la dernière il y a une année.

Les résultats que m'a fournis l'hystérectomie dans le cancer du corps de l'utérus concordent avec ceux que j'ai obtenus dans le traitement chirurgical du cancer de tous les autres organes. C'est vous dire que j'ai une confiance absolue, inébranlable dans l'efficacité du traitement opératoire des tumeurs malignes. C'est vous dire que je ne saurais, en aucune manière, partager les idées démoralisantes, énervantes qui, malheureusement, sont défendues par un grand nombre de chirurgiens.

Pour obtenir des guérisons radicales dans le traitement chirurgical des épithéliomas — cancroïdes ou cancers — il est indispensable — et il suffit! — d'enlever le néoplasme en totalité.

Le mot récidive est un non-sens, ou plutôt c'est un mot néfaste, car il éveille une idée radicalement fausse.

Il y a une vingtaine d'années, le chirurgien qui amputait un sein cancéreux plongeait le bistouri en plein dans des tissus infiltrés de cellules cancéreuses. Quelques semaines ou quelques mois après l'opération, le cancer réapparaissait, pour la raison bien simple que le chirurgien, au moment de l'opération, avait laissé du cancer dans la peau, du cancer dans les aponévroses, du cancer dans le tissu cellulaire, du cancer dans les ganglions. Et il se désespérait d'avoir des récidives !

La chirurgie moderne a hérité des idées erronées de la chirurgie d'autrefois. En réalité, il n'existe pas de récidives, et il ne saurait y en avoir. Le cancer ne recommence pas, il continue : extirpé en totalité, il ne réapparaît pas ; enlevé incomplètement, il reprend sa marche envahissante, et c'est là, en clinique, toute sa malignité.

Par malheur, le cancer n'est pas seulement là où on le voit à l'œil nu. Et, pour en revenir à l'exemple dont je viens de me servir, il est démontré aujourd'hui, par les travaux de Heidenhain, de H.-J. Stilles et de Grossman, que si l'on veut, dans une amputation du sein cancéreux, extirper tous les tissus qui pourraient être infiltrés de cancer, il faut enlever le sein avec toute la peau qui le recouvre, les muscles-pectoraux et leurs aponévroses, les ganglions lymphatiques de l'aisselle, du creux sous-claviculaire et parfois même diviser la clavicule pour extirper les lymphatiques du creux sus-claviculaire. Halsted, Kotter, Cheyne et Helferich, qui ont suivi cette technique opératoire, ont vu 42 °/₀ de leurs malades rester indemnes de récidive trois ans après l'opération. Ces résultats ne prouvent-ils pas, de toute évidence, que les récidives observées il y a quelques années, si fréquentes, si fatales, étaient dues, en réalité, au développement des traînées cancéreuses qu'on abandonnait dans les bords et dans le fond de la plaie opératoire ?

Tout en admettant qu'il existe dans la malignité et dans le mode de développement des tumeurs cancéreuses, des modalités nombreuses, parfois impossibles à connaître et à prévoir, je soutiens, comme vérité primordiale et fondamentale, que tout cancer peut guérir au début, par l'acte chirurgical, quelle que soit sa nature, quel que soit l'organe où il a pris naissance. Pour ma part, j'ai enlevé de la peau de la face, du tronc et des membres, des lèvres, de la verge, du corps et du col de l'utérus, de la vulve, de la langue, de l'estomac et des intestins, des tumeurs cancéreuses dûment constatées et vérifiées, tant par les symptômes cliniques que par le contrôle microscopique, et qui n'ont pas récidivé jusqu'ici, c'est-à-dire plusieurs années après l'acte opératoire.

Malheureusement, l'action du chirurgien se trouve presque toujours paralysée, soit par l'ignorance des malades, qui tardent beaucoup trop de recourir aux médecins, soit par la faute des médecins, qui ne conseillent l'intervention chirurgicale qu'à une époque où le cancer est inopérable.

Le salut des cancéreux réside dans l'intervention la plus hâtive et l'exérèse la plus large possible. Le médecin qui attend des semaines et des mois avant de recourir à l'extirpation chirurgicale d'un cancer assume une responsabilité tout aussi grave que celui qui remet au lendemain la kélotomie dans un cas de hernie étranglée. L'infiltration cancéreuse des lymphatiques dans le premier cas constitue une complication moins effrayante et mieux cachée, mais tout aussi grave que la gangrène intestinale dans le second.

Nos connaissances anatomiques imparfaites sur l'infiltration des lymphatiques dans le cancer d'un grand nombre d'organes ne nous permettent pas, comme le prouvent le grand nombre de récidives locales, même après les opérations en apparence les plus complètes, de poursuivre la dégénérescence maligne en parfaite connaissance de cause; et nous devons nous en tenir jusqu'ici au précepte, malheureusement trop vague, d'enlever le plus largement possible, non seulement l'organe malade, mais aussi les vaisseaux et les ganglions lymphatiques envahis. L'ablation génitale abdominale avec évidement du bassin, dans le cancer utérin, mérite, pour cette raison, la préférence sur l'hystérectomie vaginale simple, au même titre que l'ablation du sein avec excision des aponévroses et des muscles et évidement de l'aisselle, mérite la préférence, dans le cancer mammaire, sur l'excision simple de la glande envahie.

Le souci de la vérité m'oblige à dire que je ne saurais admettre que l'hystérectomie vaginale, telle que nous la pratiquons, ne constitue qu'une opération palliative, forcément suivie, tôt ou tard, de récidive.

Les observations que je viens de vous présenter, les résultats que l'hystérectomie vaginale m'a fournis dans le cancer du col, les statistiques d'autres gynécologues, notamment celles de Fritsch, de Bonn, qui accusent de 10 à 15 p. c. de guérisons maintenues encore huit à neuf ans après l'opération, démontrent de toute évidence que le cancer utérin constitue, au début, une affection locale, que les lymphatiques pelviens ne sont pas envahis dès le début de la maladie et que l'hystérectomie vaginale constitue, dans certains cas favorables, une opération suffisamment radicale. Si je lui préfère l'hystérectomie abdominale, avec évidement du bassin, c'est parce que nous ne savons pas à quel moment a lieu l'envahissement des lymphatiques pelviens et que cette opération permettra de sauver un certain nombre de malades chez lesquelles l'hystérectomie vaginale simple eût été insuffisante.

Je termine par cette observation frappante du professeur Fritsch, qui rend parfaitement ma pensée sur la curabilité chirurgicale du cancer : « Nous guérissons radicalement 15 sur 100 de malades atteintes de cancer utérin ; nous sauverions tout aussi aisément les 85 p. c. qui restent si celles-ci nous arrivaient aussi vite que les premières. »

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Legendre et **Terrien.** — *Sarcomes disséminés du squelette.* (Presse Méd., 12 mars 1898).

Observation d'un malade ayant présenté une paraplégie spasmodique douloureuse, des atrophies musculaires à localisations diverses, une rétention d'urine, une paralysie faciale droite, de la dysphonie, puis de l'aphonie. Le diagnostic resta douteux, jusqu'à l'apparition d'une tumeur sur le frontal, bientôt suivie par d'autres manifestations osseuses.

Il s'agissait de sarcomes disséminés du squelette à prédominance vertébro-crânienne, ayant engendré surtout des symptômes d'ordre nerveux. L'autopsie vint confirmer le diagnostic.

Bantigny. — *Volumineux ostéosarcome chez une femme enceinte de cinq mois. Amputation du bras. Guérison.* (J. Sc. Méd. Lille, 29 Janv. 1898).

Multipare âgée de 28 ans. Début de la tumeur, qui occupe le tiers inférieur de l'avant-bras, il y a trois ans et demi, pendant lesquels l'évolution de deux grossesses n'eut aucune influence sur le développement du néoplasme. Actuellement la malade est enceinte de cinq mois. Depuis le début de cette grossesse et surtout dans les derniers temps la tumeur a rapidement grossi ; elle a atteint le volume d'une tête d'adulte et s'est ulcérée par places. Violentes douleurs. Amputation du bras au tiers inférieur. Guérison sans incidents et sans interruption de la grossesse.

Karewski. — *Traitement conservateur d'un sarcome osseux.* (Soc. Méd. Berl. 19 janv. 1898).

Femme de 28 ans, qui fit à deux reprises, en 1896, une chute sur la glace et se blessa le genou droit.

Tuméfaction persistante. En 1896 le genou était fléchi et présentait une tuméfaction d'aspect inflammatoire, surtout en dedans où l'on semblait percevoir de la fluctuation. La ponction fit reconnaître une tumeur solide et il s'agissait d'une tumeur myélogène. La malade ne voulant pas se laisser opérer, Karewski se borna à enlever tout le condyle interne, la partie supérieure de l'articulation et les ligaments, car la tumeur avait envahi l'articulation. Karewski enleva ainsi tout ce qu'il put enlever tout en ménageant le périoste.

L'examen montra un sarcome à cellules géantes. Guérison avec rétraction cicatricielle qui a produit un genu varum. Marche possible avec appareil de soutien. Depuis 1 an 1/2, augmentation de la malade de 50 livres.

Albertin. — *Cancer récidivé de la lèvre inférieure avec propagation au maxillaire. Résection de la tumeur et des 2/3 de la portion horizontale du maxillaire. Pas de récidive au bout de 4 ans.* (Province Méd., Lyon, 12 fév. 1898).

Ce malade était âgé de 35 ans, lorsqu'il a été opéré, en décembre 1893. La tumeur et les 2/3 de la portion horizontale du maxillaire furent enlevés en bloc. La prothèse immédiate ne put être faite à cause de la large ablation des parties molles. Elle eut lieu secondairement, et grâce à la pose successive d'appareils de plus en plus saillants et d'une série d'autoplasties, le malade est arrivé à parler et à mastiquer très facilement. Son état général est excellent et depuis l'intervention (4 années) la récidive ne s'est pas montrée.

Appareil de l'innervation

Devic et Paviot. — *Les tumeurs du corps calleux.* (Rev. de Méd. Par. déc. 1897).

A l'occasion d'un cas suivi d'autopsie, les auteurs présentent une étude d'ensemble des tumeurs du corps calleux. Au point de vue des caractères macroscopiques on doit remarquer le volume variable de ces tumeurs : tantôt elles sont incluses dans le corps calleux, tantôt elles font saillie à sa périphérie en déprimant les circonvolutions voisines ou en se substituant à elles.

L'examen à l'œil nu montre que l'aspect du tissu gliomateux varie suivant les différents points : Ou bien il est constitué par une masse gélatiniforme, de consistance mollasse, souvent tremblotante comme la gelée de groseille mal liée, parfois de coloration jaune abricot. Ce tissu tranche bien sur les masses blanches, mais il est plus difficile à distinguer des masses grises de la circonvolution voisine. Dans d'autres points, l'aspect est tout différent : on aperçoit un tissu creusé de vacuoles, plus ou moins larges et remplies d'un liquide jaune citrin, ou bien un foyer d'hémorrhagie avec des caillots plus ou moins modifiés dans leur coloration et leur structure

Histologiquement, ces tumeurs sont des gliomes dont les masses cellulaires, abondantes, de figures variées, se tassent les unes contre les autres à travers un stroma constitué par des fibrilles très fines et par

une substance granuleuse intermédiaire plus ou moins dense. Ces gliomes du corps calleux subissent des transformations de tissu qui aboutissent à la nécrobiose, à certains foyers de ramollissement, à des hémorrhagies en nappe. Comme autre tumeur Leichtenstern a publié, en 1887, un cas dans lequel il s'agissait d'un lipome, dont le développement s'était effectué sans donner lieu à aucun symptôme.

Au point de vue clinique, ces tumeurs ne se manifestent que lorsqu'elles ont atteint un certain volume. D'après Bristowe, le diagnostic pourrait être porté d'après les signes suivants : accentuation constante des signes de localisation; absence ou diminution des symptômes généraux des tumeurs cérébrales; troubles profonds de l'intelligence; symptômes d'hémiparésie, associés à une légère parésie du côté opposé. Mais ces signes ne sont pas pathognomomiques et, de plus, ils peuvent varier suivant les parties du cerveau envahies.

D'après Ramson, le tableau symptomatique suivant serait le plus souvent observé :

1° Une modification graduelle, mais marquée, de l'état mental; cette modification, dans sa forme aiguë, peut revêtir l'aspect d'ictus avec stupeur; dans sa forme chronique, les troubles mentaux revêtent la forme de folie avec hallucinations, irritabilité ou manie; 2° les symptômes de développement lent d'une tumeur cérébrale (névrite optique, céphalée, vomissements); 3° une hémiparésie avec ou sans contractures, avec ou sans hémi-anesthésie, avec ou sans convulsions. Si les membres opposés sont aussi légèrement intéressés, le diagnostic est renforcé; 4° des convulsions, les spasmes étant bilatéraux, mais plus marqués d'un côté; 5° l'intégrité des nerfs crâniens; 6° peu ou pas de changement dans les réflexes tendineux.

Parmi tous ces signes, deux surtout doivent faire penser à la localisation au corps calleux d'une tumeur cérébrale : 1° l'apparition précoce des troubles mentaux et de l'intelligence; 2° les phénomènes de parésies ou de contractures, ou de convulsions prédominant d'un côté, mais intéressant aussi l'autre à un degré moindre.

Ces tumeurs, dont le diagnostic est en général fort difficile, provoquent toujours la mort après une durée indéterminée.

E. Brissaud et E. de Massary. — *Diagnostic d'une tumeur cérébrale sans localisation possible.* (Nouv. Iconog. de la Salpêtrière, 1897, Vol. X, n° 2).

Homme de 28 ans, robuste, bien portant, qui eut un jour, sans cause apparente, une attaque qualifiée d'épileptoïde. Quatre jours après, il survint sept attaques consécutives, puis une série de crises moins fortes, pendant plusieurs mois de suite.

A l'hôpital on constata deux sortes d'accidents : des crises complètes avec perte de connaissance et convulsions généralisées, et des crises incomplètes, simples ébauches des premières, sans perte de connaissance

ni convulsions. Dans l'intervalle des crises, il y avait des céphalées persistantes, frontale et occipitale.

Ces accidents durèrent une année environ, avec des périodes d'accalmie, pendant lesquelles le patient put reprendre son travail. Puis les crises et la céphalée reparurent ; celle-ci redoubla d'intensité, toujours sans localisation ; elle persistait, sans rémission, avec une ténacité désespérante. Enfin, les crises épileptiformes se rapprochèrent aussi et le malade succomba en état de mal.

A l'autopsie on a trouvé, sur l'hémisphère droit, une tumeur au niveau de la première circonvolution frontale, mesurant 6 centimètres d'avant en arrière, distante de 1 centimètre du pôle frontal et de 3 centimètres du lobule paracentral. Elle était de consistance molle, presque diffluente ; sa forme affectait celle d'un bât à cheval sur le bord supérieur de l'hémisphère. Elle présentait, par conséquent, deux masses, l'une sur la face externe, l'autre sur la face interne, reliées entre elles par un large pont de substance néoplasique.

A la face externe de l'hémisphère, la tumeur s'étendait sur les deux premières circonvolutions frontales et laissait la troisième intacte. A la face interne du lobe frontal, elle comprimait et aplatissait la circonvolution frontale supérieure dans laquelle elle semblait se creuser un lit.

Toute cette masse n'adhérait à la dure-mère qu'en un seul point, mais les adhérences de sa face profonde étaient telles qu'elle semblait ne former avec la substance cérébrale qu'un seul bloc ; c'est à peine, en effet, si ses bords pouvaient se décoller du cerveau, et, à quelques millimètres du bord, la fusion était intime. Quant aux bords libres, ils se continuaient avec la pie-mère.

L'examen histologique révéla un sarcome à cellules globo-cellulaires siégeant primitivement sur la pie-mère et ayant refoulé les parties adjacentes de l'écorce cérébrale par la propagation envahissante le long des artérioles nourricières.

Selby. — *Tumeur du cervelet chez un enfant.* (Soc. M. d. Leeds, 11 déc. 1898).

Il s'agit d'un garçon de 7 ans chez lequel l'affection débuta par des maux de tête, des vertiges et des vomissements. Au bout de huit jours survint une parésie avec ataxie des membres inférieurs ; les membres supérieurs étaient intacts. Il n'y avait pas de rigidité ni de tremblement musculaire, la sensibilité était restée normale, les sphincters n'étaient pas paralysés. Du côté des yeux on trouvait du nystagmus et une dilatation des pupilles qui réagissaient mal à la lumière et à l'accommodation.

Dans la suite on nota le développement progressif d'un état comateux, de l'amaigrissement et d'une névrite optique double ; la température tomba au-dessous de la normale, le ralentissement du pouls s'accentua et l'enfant succomba deux mois après le début de l'affection,

après avoir présenté des convulsions généralisées et une paralysie partielle du facial droit.

A l'autopsie on trouva un sarcome à cellules rondes au centre du lobe moyen du cervelet. La tumeur, des dimensions d'une grosse noix, était recouverte par le processus vermiforme et les hémisphères cérébelleux.

Byrom Bramwell. — *Un cas de tumeur et d'abcès cérébral chez un même sujet.* (The scott. med. and surg. J., 1897. Nov., p. 972).

Il s'agit d'un homme de 42 ans, n'ayant pas eu de syphilis, et qui fut pris, en pleine santé, de trois accès épileptiformes se succédant en quelques heures, et qui avaient été précédés, pendant un jour, d'une légère céphalée pariétale gauche et d'une parésie de la main droite. Les jours suivants, la céphalée augmenta, il se développa une véritable hémiplégie droite comprenant la face, avec un peu d'hémianesthésie homonyme, et l'on vit se produire les signes ophtalmoscopiques d'une double névrite optique. Puis il y eut de l'aphasie motrice, les autres signes s'aggravèrent, et le malade mourut dans le coma, onze jours après le début, sans avoir jamais eu ni température anormale, ni accélération du pouls, ni vomissements, ni troubles sphinctériens, ni troubles pupillaires.

A l'autopsie, on trouva une tumeur et un abcès. La tumeur était superficielle, occupait la partie postérieure du lobe occipital gauche, et s'enfonçait, à la manière d'un coin, dans la substance cérébrale jusqu'à une profondeur de 3/4 de pouce environ. Elle était dure, de coloration rosée, composée de fibres coujonctives, avec un noyau calcifié au centre. L'abcès, gros comme un œuf de poule, était situé dans l'hémisphère gauche, en plein centre ovale ; la paroi était formée de substance cérébrale dense, comme condensée; le pus était peu épais et extrêmement fétide. Sur lamelles et en cultures, on n'obtint qu'un seul microorganisme, le staphylocoque doré. Il n'y avait aucune lésion de l'oreille ni du rocher.

Senator. — *Sarcome de la moelle cervicale.* (Soc. Méd. int. Berlin, 7 mars 1896).

Femme de 36 ans. Accidents de fièvre dite « fièvre nerveuse » et à la suite parésie des membres inférieurs qui, au bout de trois ans, se transforme en paraplégie spinale spasmodique. Plus tard, atrophie et paralysie des membres supérieurs avec troubles de la sensibilité. Mort. A l'autopsie on a constaté un sarcome qui avait totalement détruit le segment cervical de la moelle.

Appareil des sens spéciaux

L. Thilliez. — *Mélano-sarcome de la paupière supérieure.* (J. Sc. Méd. Lille, 19 Févr. 1898).

Femme de 45 ans. Début de la maladie il y a 10 ans par une saillie, sur la paupière supérieure, de la grosseur d'une tête d'épingle. Depuis deux mois elle a atteint le volume d'un gros pois. Extirpation. Il s'agit d'un mélano-sarcome. 9 mois plus tard récidive sous forme de nombreux bourgeons dans la paupière. Blépharoplastie au moyen d'un lambeau temporal. Un mois après symptômes de tumeur rétro-oculaire ; curetage de l'orbite. Récidive immédiate et généralisation ganglionnaire.

Franchomme. — *Epithélioma tubulé de la peau du sein, chez un homme.* (J. Sc. Méd. Lille, 5 févr. 1898).

Homme de 63 ans, atteint d'une tumeur du sein qui a débuté, il y a 4 ans, par un noyau cutané situé en dehors du mamelon droit. Actuellement la tumeur ulcérée a le volume des deux poings. Ablation. L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'épithélioma cutané sans aucune trace d'appareil glandulaire mammaire. Ce néoplasme a dû se développer aux dépens des glandes sudoripares.

Appareil de la digestion

Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Hitzig. — *De l'inégalité des pupilles dans le cancer de l'œsophage.* (Deut. Med. Woch. N° 36. 1897).

En une année, Hitzig a recueilli à la Clinique d'Eichlorst dix cas de cancer de l'œsophage; cinq fois, il a constaté de l'inégalité pupillaire. Sur vingt-sept autres cas, qu'il a colligés, il n'a trouvé cette inégalité signalée qu'une seule fois.

Il est possible d'expliquer ces troubles oculo-pupillaires par une compression du grand sympathique quand le néoplasme ne siège pas au-dessous de la première dorsale. Mais il n'en est pas de même pour les cancers bas-situés, à moins d'admettre que des fibres oculo-papillaires existent dans le sympathique bien au-dessous de cette vertèbre, ce qui n'a pas été signalé jusqu'à ce jour.

Dans les cinq cas que l'auteur a observés, il a noté que le rétrécissement portait sur la pupille gauche, ce qu'il faut attribuer à la direction de l'œsophage.

Littlewood. — *Sarcome de la langue.* (Soc. path. Lond. 15 février 1898).

Observation d'un jeune homme de 17 ans qui, à la suite d'une brûlure, présenta une ulcération de la langue, reposant sur une tumeur. On fit l'ablation de l'organe, dans la moitié antérieure duquel était logé un sarcome.

Ces tumeurs sont peu fréquentes. (Voir Marion : *Rev. des Malad. canc.*, 20 janv. 1898, p. 76).

Appareil de la respiration

Lenhartz. — *Cancer primitif du poumon et cancer primitif de la plèvre.* (Gaz. hebd. Paris, 13 janv. 1898).

Lenhartz a observé dans le courant des six dernières années 11 cas de carcinomes primitifs du poumon et, dans 8 d'entre eux, il a pu établir que le point de départ du néoplasme a été la muqueuse bronchique. Il faut donc admettre que le cancer primitif du poumon est bien plus fréquent qu'on ne l'admet généralement. Le diagnostic est très difficile surtout quand il faut établir le diagnostic différentiel avec les infiltrations tuberculeuses, les processus bronchectasiques, la pleurésie fibreuse. Le diagnostic différentiel avec la tuberculose est quelquefois rendu particulièrement difficile par la coexistence des lésions tuberculeuses et des lésions carcinomateuses. Cette coexistence n'est pas rare, car sur 31 cas de carcinome réunis par Wolff, il existait 13 fois des lésions tuberculeuses concomitantes.

Le cancer du poumon se rencontre généralement chez les hommes ayant dépassé la cinquantaine. Comme à cet âge la tuberculose est relativement rare, l'aspect cachectique des malades doit faire penser à la possibilité du cancer. Au point de vue stéthoscopique, ce qui doit frapper le médecin c'est la disposition particulière des zones de matité et l'affaiblissement ou l'absence totale du murmure vésiculaire. L'examen des crachats, dans lesquels on trouve des amas sphériques de granulations graisseuses, est fort important. Ce qui les distingue des gouttelettes de myéline, ce sont les grandes dimensions des cellules dégénérées et la présence à l'intérieur de ces cellules de corpuscules sphériques fortement réfringeants. D'après Lenhartz ces cellules doivent être considérées comme des cellules cancéreuses dégénérées.

Lenhartz. — *Cancer primitif de la plèvre* (Tribune Méd., 19 janv. 1898).

Femme de 58 ans. En 1895, bronchite suivie d'un épanchement

pleural persistant qu'on ponctionna en 1896. Dans le liquide hémorragique (600 c. c.) on constate un grand nombre de cellules et des amas de granulations graisseuses. En 1897, apparition de nombreuses tumeurs abdominales. Mort.

A l'autopsie, on trouva la plèvre gauche considérablement épaissie et contenant environ deux litres de liquide hémorragique au milieu duquel flottaient des flocons de fibrine. Après évacuation du liquide, on constata qu'au niveau du cul-de-sac diaphragmatique la plèvre était couverte d'une série d'excroissances papillaires analogues à des condylomes. Le poumon gauche, refoulé par le liquide, était atélectasié et parcouru par des bandes fibreuses. Le poumon droit présentait à sa surface des noyaux blanchâtres. Des noyaux analogues se trouvaient aussi sur le péricarde. Dans la cavité abdominale, le grand épiploon était transformé en une tumeur dure et irrégulière ; des noyaux isolés se trouvaient dans le péritoine. Les autres organes étaient normaux.

L'examen histologique de la plèvre montra qu'elle était parcourue par des cavités et canaux irréguliers tapissés de cellules cubiques plus ou moins plates, qui, par places, avaient tous les caractères des cellules endothéliales. La prolifération de l'endothélium était particulièrement accusée dans la plèvre viscérale et dans les parties adjacentes du poumon. Le grand épiploon et la capsule de la rate présentaient les mêmes lésions que celles de la plèvre.

Besson et Danel. — *Sarcome alvéolaire secondaire de la plèvre et du poumon* (J. Sc. Méd. Lille, 13 janv. 1898).

S..., 17 ans, opéré à l'âge de 12 ans d'un sarcome de l'omoplate. En septembre 1897 on constate les signes d'une tumeur de même nature occupant le lobe supérieur du poumon droit. Mort peu de temps après. Le diagnostic est confirmé par l'autopsie ; sarcome alvéolaire de la plèvre et du poumon à petites cellules rondes.

J. Hobbs et Bégouin. — *Etude clinique et anatomo-pathologique d'un épithélioma du corps thyroïde à évolution lente.* (J. M. Bordeaux, 7 nov. 1897, 524).

Femme de 38 ans. Il y a seize ans, pendant un allaitement, apparition, sur le côté droit du cou, près de la ligne médiane, d'une petite tumeur indolente et mobile qui augmente graduellement de volume dans les années suivantes. En 1891 elle atteint le volume d'une orange, qu'elle a conservé jusqu'à ce jour ; à cette époque on pratiqua des injections interstitielles de vaseline iodoformée, puis un traitement électrique sans résultat appréciable.

Quelques accidents de suffocation étant survenus après une bronchite, l'ablation de cette tumeur, après décortication, est facilement faite. L'examen histologique a démontré que c'était un épithélioma, construit sur le type primitif des cellules vésiculaires de la thyroïde.

T. Jonnesco. — *Epithélioma du larynx. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable par le procédé Périer. Guérison.* (Soc. chir. Par. 20 avril 1898).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, porteur d'un épithéliome du larynx occupant l'épiglotte et la partie supérieure du larynx. Début de l'affection il y a six mois. Larynx augmenté de dimension, douloureux à la pression, mobile, pas de ganglions. Etat général relativement bon. Laryngectomie totale suivant le procédé Périer.

La masse enlevée comprend le larynx avec l'épiglotte et la plus grande partie de l'os hyoïde. et le lobe droit du corps thyroïde qui adhérait extérieurement au larynx. Section des tissus au bistouri. Suture immédiate de la trachée aux lèvres de la plaie, et suture de cette dernière réservant un orifice pharyngien dans l'extrémité supérieure de la plaie. Suites opératoires des plus simples. — L'orifice pharyngien trop large est rétréci par deux interventions ultérieures.

La nutrition est assurée d'abord par une sonde de Nélaton à demeure, introduite par une narine; puis par un tube large muni d'un entonnoir et qu'on introduit à chaque repas par l'orifice pharyngien; une fois cet orifice rétréci, le malade mange par la bouche en obstruant lui-même son orifice pharyngien. A l'aide du larynx artificiel Périer-Aubry, le malade peut parfaitement et distinctement se faire comprendre.

Le 29 mars, il retourne chez lui en très bon état, sans trace de récidive, et se servant pour s'exprimer tantôt du larynx artificiel de Périer-Aubry, tantôt d'un appareil plus simple composé d'une canule à trachéotomie, ayant à sa partie convexe extra-trachéale, un orifice supplémentaire auquel est adapté un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité est engagée dans la bouche par l'orifice pharyngien réservé.

L'examen microscopique de la pièce a montré l'existence d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, occupant la partie supérieure du larynx, jusqu'au ventricule de Morgagni.

B. Frankel. — *Le traitement intra-laryngé du cancer du larynx* (*Arch. f. Laryngologie*, 1897, p. 361).

Cette méthode est indiquée toutes les fois qu'il est possible d'enlever, à l'aide d'une intervention intra-laryngée, tous les tissus malades. Sur neuf malades ainsi traités, cinq sont guéris : un depuis treize ans, un depuis dix ans, un depuis neuf, un autre depuis quinze mois, un dernier, enfin, depuis six ans. Sur les quatre malades qui succombèrent, deux avaient dû subir la laryngofissure postérieurement à l'intervention intra-laryngée, un troisième mourut quatre ans après la première opération intra-laryngée, le dernier fut perdu de vue.

Si cette méthode ne permet pas d'enlever tous les tissus malades, il est toujours temps de recourir à la laryngofissure.

Les récidives doivent être surveillées de près.

Plus le néoplasme est petit, plus on a de chances de l'enlever en totalité : le diagnostic doit donc être précoce, condition qui, malheureusement, se réalise bien rarement : c'est ainsi que, de 1890 à 1896, Frænkel n'a eu que deux fois l'occasion d'appliquer la méthode endolaryngée.

Les récidives ne sont pas plus fréquentes après l'extirpation endolaryngée qu'après l'extirpation totale du larynx.

Frænkel se sert de pinces coupantes et de curettes : l'essentiel est d'enlever complètement le néoplasme.

Appareil de la sécrétion urinaire

F. Brun. — *Tumeurs malignes du rein chez l'enfant.* (Presse méd., 23 févr. 1898).

Brun rapporte deux observations de tumeurs malignes du rein : l'une, chez un enfant de deux ans, était un lymphosarcome dont l'ablation fut rapidement suivie de récidive dans la fosse iliaque; l'autre tumeur, de même nature, a été recueillie sur une fillette de quatre ans. Ses adhérences avec le foie et les intestins ne permirent pas d'en faire l'ablation. Un mois plus tard, l'enfant succombait.

L'auteur termine la relation de ces observations par les remarques suivantes : « Je me bornerai, au point de vue clinique, à faire remarquer que, chez les deux malades que j'ai observés, la constatation de la tumeur a été le premier symptôme de la maladie. C'est là ce qui se passe du reste dans le plus grand nombre des cas, et, si j'y insiste, c'est qu'il y a dans cette absence de toute altération de l'urine, de tout trouble fonctionnel, une anomalie apparente susceptible d'induire en erreur un observateur non prévenu. La seule question que je voudrais brièvement envisager, est celle de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

La néphrectomie pour tumeur maligne du rein chez l'enfant est par elle-même une opération très grave. Guillet, sur 15 néphrectomies, signale 9 morts immédiates. Chevalier, sur 27 opérations, compte 19 morts. Fischer donne une mortalité opératoire de 40 pour 100. Albarran, il est vrai, fait justement observer que les résultats se sont beaucoup améliorés dans ces dernières années; mais sur une statistique de 97 cas, il en arrive encore à une mortalité de 30 pour 100.

Il ne faut pas se dissimuler, d'autre part, que, comme mon premier opéré, beaucoup d'enfants qui ont résisté à l'opération succom-

bent, dans les mois qui suivent, à une récidive. Cela est si vrai que, sur 30 néphrectomies pratiquées chez l'enfant pour néoplasmes, Fischer n'avait pu trouver qu'une guérison définitive.

Sur les 97 opérés dont il a pu colliger les observations, Albarran en a trouvé 11 en bonne santé, au moins un an après l'opération ; ce serait un résultat encourageant, si nous ne savions que Trendelenburg a vu la récidive survenir chez un enfant, un an et demi après l'opération, et cinq ans et demi chez un autre.

Mort opératoire fréquente, guérison définitive exceptionnelle, tel paraît être, en somme, le bilan de la néphrectomie pour tumeurs malignes chez l'enfant ; je crois cependant cette opération justifiée en présence d'une affection qui non seulement conduit fatalement à la mort, mais dont l'évolution est tellement rapide, qu'elle dépasse rarement quelques mois.

Voron. — *Cancer du rein. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison opératoire.* (Province M. Lyon, 24 janvier 1898).

Femme de 68 ans, portant une tumeur abdominale, de volume considérable, dont le début remontait à un an, et qui, depuis un mois, avait subi un accroissement rapide et occasionné de vives douleurs.

Cette tumeur, mobile, dure, faisant une saillie très prononcée dans la région antéro-latérale gauche de l'abdomen, se sentait mal par la palpation lombaire. Il n'existait dans ses antécédents aucun symptôme pouvant attirer l'attention du côté des reins. Jamais d'hématuries, ni de modifications dans la quantité des urines, ni de signes d'insuffisance urinaire ; seulement quelques troubles de compression du côté des viscères abdominaux et surtout un état de cachexie profonde ; quelques ganglions dans l'aisselle et le creux sus-claviculaire gauche.

Le 31 décembre, laparotomie médiane ; on détache l'intestin adhérent à la face antérieure de la tumeur et on constate qu'il s'agit d'un cancer du rein gauche avec plusieurs pédicules vasculaires reliant la tumeur au mésentère et, beaucoup plus gros, un autre comprenant l'artère et la veine rénales.

Ligature de ces différents pédicules et ablation assez facile du rein dégénéré. La tumeur était de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, avec des points de consistance dure, cartilagineuse, à tissu criant sous le couteau ; d'autres, au contraire, mous, vasculaires, ayant l'aspect d'une bouillie rougeâtre ; vers le pôle supérieur, il existait une portion assez considérable de parenchyme rénal sain et parfaitement reconnaissable. La capsule surrénale avait été détachée de la tumeur et laissée en place.

Les suites opératoires ont été simples.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Pilliet et **Pasteau**. — *Sarcome du cordon inguinal*. (Soc. anat. Par., mai 1897, p. 387).

Homme de 44 ans, portant une tumeur du cordon inguinal gauche, dont le début remonte à 8 mois. Du volume du poing, elle est dure, irrégulière. irréductible. Ablation de cette tumeur et du testicule qui lui adhère. Réunion par première intention. Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un sarcome d'origine vasculaire, développé aux dépens des éléments interstitiels des fibres musculaires du cordon.

Perrin. — *Balano-posthite chronique leucoplasique*. (Médec. mod. 5 mars 1898).

Homme de 65 ans, robuste, sans antécédents héréditaires ou personnels. Depuis 4 à 5 ans prurit au niveau du gland et du prépuce lui procurant des érections nocturnes douloureuses. Le prépuce est long, sa partie extérieure est saine; le pourtour du limbe présente quelques fissures superficielles. Le gland étant découvert, on constate des plaques d'un blanc laiteux et grisâtre, les unes lisses et minces, les autres rugueuses et épaisses, siégeant au niveau de la face interne du prépuce, à la couronne du gland et au niveau de la rainure, et rappelant les plaques leucoplasiques bucco-linguales et vulvaires. Comme autre lésion, le malade présente, dans la rainure interfessière, des téguments épaissis, lichénifiés, rouges et recouverts de croutelles qui sont le siège de démangeaisons vives.

L'ablation du prépuce et la cautérisation avec le thermo-cautère des plaques du gland et de la rainure furent pratiqués il y a deux ans. Il n'a été constaté aucune trace de récidive.

L'examen histologique indique des lésions du derme et de l'épiderme qui correspondent à une leucoplasie au début avant la dégénérescence épithéliomateuse : épaississement des couches cornée et granuleuse dont les cellules sont bourrées de grains de kératohyaline, œdème du corps muqueux et du derme avec infiltration de polynucléaires et plasmazellen.

2° Organes génitaux de la femme

Lavisé et **Péchère**. — *Adénome malin de l'utérus* (Soc. an. path. Brux., 4 fév. 1898).

Femme de 28 ans. Métrorragies abondantes. Un curettage explorateur fait conclure à l'existence d'un adénome malin. Hystérectomie par la voie abdominale. Mort presque subite inexpliquée par l'autopsie.

A l'examen microscopique de la pièce on a constaté : 1° une hypertrophie considérable de la couche épithéliale de revêtement du col, dont les papilles sont augmentées de volume ; 2° une hyperplasie des glandes muqueuses, dont les utricules, considérablement élargis, s'enfoncent très profondément dans la couche musculaire ; leurs cellules de revêtement, tassées les unes sur les autres, sont fortement allongées dans le sens de l'axe, et présentent par places de la dégénérescence muqueuse ; 3° le tissu fibreux et les fibres musculaires qui les entourent sont séparés par des nappes de liquide sanguin, les unes en voie d'organisation, les autres de date récente ; 4° les éléments musculaires sont envahis par un grand nombre de cellules embryonnaires et de cellules conjonctives allongées ; 5° les artères sont atteintes d'inflammation chronique. En résumé, il s'agit d'une métrite *parenchymateuse*, avec adénome localisé à tout le col et à la partie antérieure du corps ; la nature des glandes, la disposition anormale et la dégénérescence rapide des éléments de revêtement, permettent de conclure à un *adénome malin*.

Hartmann et Fredet. — *Ligatures atrophiantes dans le cancer inopérable de l'utérus.* (Soc. chir. Paris, 8 février 1898.)

Hartmann et Fredet montrent une série de pièces provenant de malades atteintes de cancers inopérables de l'utérus et ayant succombé de cinq à sept mois après l'application de ligatures atrophiantes. De l'étude de ces pièces, ils concluent que :

1° La ligature de l'utérine, à son origine, est une opération chirurgicalement bien réglée, lorsqu'on utilise le rapport constant que l'artère présente avec l'uretère au niveau de la fossette ovarienne ;

2° Au point de vue de l'hémostase utérine, cette ligature est très supérieure à celle de l'iliaque interne ;

3° Dans le cancer utérin, les ligatures atrophiantes semblent diminuer, tout au moins temporairement, les écoulements, mais ne paraissent pas modifier d'une manière évidente la marche du néoplasme ;

4° Un point intéressant à relever sur ces diverses pièces, c'est que la ligature aseptique du vaisseau n'a jamais été suivie de la production d'un caillot, ce qui confirme chez l'homme les résultats expérimentaux de Duplay et Lamy.

D. Giordano. — *Sui limita della operabilità del cancero del'utero.* (Rev. Ven. de Scienze mediche, 31 août 1877).

A l'occasion d'une malade atteinte de cancer de l'utérus, l'auteur, après avoir rappelé qu'aucun traitement n'est efficace dans cette maladie, se déclare partisan de l'intervention.

Deux voies peuvent être suivies pour l'ablation du néoplasme.

L'une, la voie vaginale, ne permet pas d'enlever, aussi complètement que cela est nécessaire, les ganglions malades, ce qui ne doit pas être négligé. L'autre, la voie abdominale, répond bien à ce précepte.

Mais on ne doit l'entreprendre que s'il n'y a pas de contre-indication formelle à toute espèce d'intervention radicale. C'est en restant dans ces limites que l'on peut espérer un succès et que la mortalité opératoire sera réduite à son minimum.

Ivanov. — *Un cas d'adéno-fibromyome kystique sarcomateux et carcinomateux.* (Wratch, nos 49-50, 1897).

Femme de 43 ans, chez laquelle on constate, au niveau du cul-de-sac postérieur perforé, une tumeur en chou-fleur. Ablation à la curette. Peu après, récidive et nouvelle ablation. 4 ans plus tard, deuxième récidive non opérable. Mort.

A l'autopsie on trouve une volumineuse tumeur remplissant tout le bassin. Le microscope a démontré qu'il s'agissait d'un adéno-myome de l'utérus, dont la partie postérieure s'était transformée en adéno-fibrosarcome et la partie inférieure en adéno-carcinome.

Rosenstein. — *Cancer de l'utérus et cancer ganglionnaire secondaire.* (Soc. Méd. Berl. 16 février 1898).

Femme atteinte d'un cancer de l'utérus. Hystérectomie en août 1893 sans ablation des annexes. 18 mois plus tard, tumeur mobile de la grosseur d'un œuf de poule, située au-dessus des annexes. La laparotomie fait découvrir une masse ganglionnaire située au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive. Ablation. Pas de récidive depuis trois ans.

A. Martin. — *Gros fibro-sarcome de l'ovaire droit. Laparotomie.* (Normandie Méd. 1er Janv. 1898).

Femme de 51 ans, atteinte d'une grosse tumeur abdominale, accompagnée d'ascite, déjà deux fois ponctionnée. Le ventre ouvert, on a constaté que cette tumeur, développée aux dépens de l'ovaire droit, adhérait intimement à l'utérus, à la paroi pelvienne et à l'S iliaque. Les adhérences rompues, l'ablation en fut facile. Après hémostase des surfaces cruentées par de la gaze, un tamponnement à la Mikulicz fut pratiqué dans le cul-de-sac de Douglas et suivi des sutures abdominales. Guérison opératoire rapide. Il s'agissait d'un fibro-sarcome.

E. Cestan et A. Pettit. — *Note sur un cas de cysto-carcinome papillaire de l'ovaire.* (Semaine gynéc., 5 avril 1898).

Femme de 27 ans, laparotomisée pour des accidents simulant une

appendicite compliquée dus, en réalité, à une tumeur des annexes. Le résultat de l'examen des pièces a été le suivant : Trompe très volumineuse, infiltrée de pus et sur laquelle nous passerons rapidement. Ovaire beaucoup plus intéressant. Aspect extérieur et volume normaux en apparence, si bien que l'opérateur songea un instant à le laisser en place. A la coupe et à l'œil nu, on reconnaît déjà sur les surfaces de section que l'organe est le siège d'une dégénérescence néoplasique et que la masse néoformée est creusée de kystes variables dans leur forme et leurs dimensions, en général peu volumineux, mais dont certains atteignent le volume d'une grosse noisette.

A l'examen histologique, on retrouve la même disposition. Des fragments, prélevés en divers points de la tumeur et fixés immédiatement après l'opération dans du liquide de Zenker, ont été inclus au collodion; les coupes pratiquées ont été colorées à l'hématoxyline de Delafield, à l'hématoxyline éosique, à l'hématoxyline au fer de Heidenhain et au carmin aluné. L'emploi de colorations spéciales (Orcéine de Unna) n'a pas permis de déceler la présence de fibres élastiques.

La masse néoplasique est essentiellement formée par un stroma de nature conjonctive dont la structure diffère sensiblement suivant les points examinés. En général, le stroma est constitué par des éléments lamineux bien individualisés et renfermant des noyaux ovales. Mais, en certains points, on observe uniquement du tissu franchement muqueux : fibres fusiformes assez clairsemées et cellules étoilées formant un réseau à larges mailles, le tout plongé dans une substance fondamentale infiltrée par places de petits noyaux différenciés. Enfin, et ce fait est curieux à noter, en nombre d'endroits on constate la présence de cellules offrant des caractères spéciaux : éléments longs de 15 μ environ, dont le corps cellulaire revêt sous le microscope une coloration jaune vif due à la présence de grosses granulations pigmentaires, lesquelles occupent la presque totalité de la cellule.

Ce tissu conjonctif est creusé d'une série de cavités kystiques dont le diamètre varie entre plusieurs μ et plusieurs millimètres, quelques-unes même facilement visibles à l'œil nu. Certaines sont tapissées par un épithélium formé de petites cellules cubiques, rangées sur une seule couche, dont le noyau bien développé mesure à peu près comme dimensions la moitié de la hauteur de la cellule. Mais cette disposition ne s'étend pas à tous les kystes. Plus souvent, au contraire, l'épithélium s'est mis à proliférer, et ce n'est plus une seule couche mais trois ou quatre qui limitent les cavités; les cellules sont irrégulièrement cylindriques, orientées en des sens divers avec de volumineux noyaux. Ce processus exagéré de multiplication aboutit à la formation de kystes dont la lumière est plus ou moins réduite et qui sont tapissés par de multiples rangées de cellules irrégulières et cylindriques; celles-ci sur quelques points prolifèrent vers l'intérieur du kyste sous forme de travées. Beaucoup plus souvent c'est vers la péri-

phérie qu'elles se développent et se multiplient, envoyant dans le tissu conjonctif du stroma des bourgeons épithéliaux irréguliers. Le centre de ces bourgeons, sur les plus petits au moins et au début, est occupé par une lumière autour de laquelle sont rangées des cellules cylindriques disposées sur une ou deux couches et rappelant l'aspect d'un tube glandulaire. Sur les bourgeons plus considérables, les cellules ont proliféré ; la cavité centrale a disparu ; il ne s'agit plus dès lors que de masses pleines de cellules épithéliales, de boyaux se prolongeant dans la trame conjonctive sous forme de cordons irréguliers émettant eux-mêmes des ramifications secondaires.

En d'autres points enfin, le tissu conjonctif limite une série d'alvéoles remplis par des cellules d'aspect carcinomateux manifeste. La plupart des noyaux sont altérés : la chromatine s'y présente sous des aspects anormaux, ici représentée seulement par quelques rares et fines granulations. là au contraire, formant une masse compacte intensivement colorée. Quelques noyaux ont subi une augmentation de volume marquée et mesurant jusqu'à 20 μ et plus.

Au résumé, la tumeur examinée présente histologiquement une structure complexe rappelant en certains points celle d'un kyste papillaire de l'ovaire, en d'autres celle d'un véritable carcinome. Entre ces deux aspects, existent tous les intermédiaires et toutes les transitions. Ce fait permet de penser que l'on est en présence d'une dégénérescence carcinomateuse d'un kyste papillaire. On remarquera toutefois que ces néoformations épithéliales métatypiques ont une extension considérable et semblent témoigner d'une tendance marquée à proliférer activement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1897.

Appareil de la locomotion

Bauer (J.). Fractures dans les ostéosarcomes (Diss. Münch.). — Braquelaye. Ostéosarcome de l'épaule (J. M. Bord., 10 oct.). — Brault. Epulis du maxillaire sup. (Stat. d'op. Par.). — Brush (F.). Sarcome du fémur (Port. Graduate N.-Y. 615). — Charmeil et Gaudier. Sarcome périosté des os du nez (Soc. M. du Nord). — Druon (G.). Ostéosarcome du maxillaire sup. (J. Sc. M. Lille, 190). — Edington. Sarcome de l'omoplate (Glasgow. M. J. 202). — Fischer (E.). Ostéochondro-sarcome des fibula (Diss. Zurich). — Goulet. Osteosarcoma of jaw. (Soc. of. Bellevue Hosp. 6 oct.). — Lavisé. Epithélioma du maxillaire inf (Rev. int. rhin. Par., 339). — Lindl (A.). C... du crâne (Hygiea Stockholm, 209). — Lucas (C.). Sarcoma of the upper jaw. (Lancet Lond. 916). — Musgrove. Some malig. grouths of the jaws. (Guy's. Hosp. Gaz. Lond., 452). — Pantaloni. Sarcome du maxillaire inf. (Stat. d'opér. Par.). — Sarcome de l'os iliaque (id.). Post (M.). Point d'ossification du sarcome (Soc. an. Par., 12 nov.). Reinhardt. Sarcomes des os longs. (26e Cong. chir. Berlin, avril). — Rosin. Albumosurie et sarcome des côtes (Soc. M. Berlin, 27 oct.). — Sapiejko (K.). Uranoplastie et résection du maxillaire sup. (Rev. chir. Par., 813). — Senator. Albumosurie et sarcome des côtes (Soc. M. Berl., 27 oct.). — Zimmerlin (A.). Des ostéosarcomes (Diss. Zurich).

Appareil de l'innervation

Cornil. Sarcome du cerveau (Soc. anat. Par., 10 déc.). — Cottet et Morély. Id. (Id.). — Herter (C.). Sarcoma of the ganglia ; hydrocephalus (J. M. Dis. N.-Y., 671). — Krepuska. Des sarcomes du ganglion de Gasser. (Pest. M. ch. Budapesth, 840). — Moran (J.). Tumors cerebellar (Cleveland M. Gaz., 569). — Spadaro (C.). Sarcome du cerveau (Buri, Avell. de Comp. 16).

Appareil des sens spéciaux

Alarco (L.). — Sarcome de la peau (Cronic. M. Lima, 293). — Amicis (J.). Die sarcomatose der hunt (Mon. f. prat. derm. Hamb.,

309). — Augier. Epithélioma tubulé de la peau (Soc. M. Lille, 15 déc.). — Brault. Epithélioma de la paupière inf. (Stat. d'opér. Par.). — Chevallereau. C. métastatique de la choroïde (Soc. opht. Paris, 7 déc.). — Cone (S.-M.). Epithélioma de la face (Bull. of. J. Hopkins Baltim. 208). — Franchomme. Epithélioma tubulé de la peau (Soc. M. Lille, 15 déc.). — Galbowary (J.). Pigmentation et tumeurs malignes (Brit. M. J. Lond., 873). — Gaudier. Fibro-sarcome de la fosse nasale (Soc. cent. M. du Nord, 26 nov.). — Gottheil. Traitement du C... de la peau (Int. J. of surg N.-Y., 18, 1898). — Gruber. Sarcome de l'oreille droite (J. de Wien. K. K. Krank.., 157). — Guiot. Sarcome de la conjonctive (Ann. M. Caen, 194). — Hamon du Fougeray. Epithélioma de la caisse du tympan (Ann. M. or. et lar. Par., 122). — Hopkins (F.). Adéno-carcinome du nez (New-Y. M. J., 13 nov.). — Jackson (G.). Sarcome pigmentaire (Brit. M. J. Lond. 866). — Jeanne (A.). Epithélioma de la région orbitaire droite (Soc. anat. Paris, 532). — Kast (A.). C... metast. der niere (Hamb. Streats. Vandsb.-Hamb.). — Kirland (R.). Epithélioma of the cyclid. (Tr. Micl. M. Soc. Grand.. 454). — Lagrange. Malignité de l'épithélioma de la conjonctive bulbaire (Soc. anat. Bordeaux, 22 nov.). — Leland (G.). Adéno-carcinome du nez (N.-Y. M. J. 13 nov.). — Liscia (A.). Epithélioma de la face (Gaz. d'orp. Milano, 857). — Martuscelli (G.). Sarcome du nez (Arch. ital. di lar. Nap., 121). — Magney. Le sarcome de l'iris (Soc. Opht. Heidelberg, 5 août. — Paginier. Des épithéliomas épicrâniens (Thèse Montpellier). — Pantaloni. Epithélioma de l'oreille (Stat. d'op. Par.). — Epithélioma de l'angle interne de l'œil (id.). — Payne. Sarcome de la peau (Derm. Soc. Brit. et Ireland, 24 nov.). — Rutten. Ostéo-sarcome de la cavité nasale Soc. belge opth., 28 nov.). — Smith (H.). Sarcome intra-nasal (M. U. Canada Lancet, 137). — Smith (M.). Cancroïde de l'oreille (Brist. M. ch. soc. 10 nov.). — Thollon. Du sarcome actinomycosique (Thèse Lyon). — Treitel C... des oreilles (Berl. M. Ges. 10 nov.). — Wintersteiner (H.). Neuroépithéliome de la rétine (Leipz. u Wien.). — Wright (J.). Polypes du nez (N. Y. M. J., 653). — Zarniko. C... der nasenhôkle (Aerz. Ver. Hamb. 29 juin).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Audry et Iversenc. Epithélioma sur un lupus (J. Mal. Cut. Par., 477). — Bartha (G.). C... buccal (Orvos. hetil. Budap., n° 46). — Bégouin. Epithélioma de la langue (J. M. Bordeaux, 17 oct.). — Brault. Tumeur mixte du naso-pharynx (Stat. d'op. Par.). — Bureau. C... de l'œsophage (Soc. anat. Par., 19 nov.). — Cayre. Epithélioma de la langue (J. Sc. m. Lille, 207). — Cestan (E.) L'épithélioma leuco-

plasique de la langue (Arch. g. M. Par., 45-181). — Czerny. Traitement des structures de l'œsophage et du pylore (Berl. Klin. Woch., 733). — Delavan (D.). Ulcération de l'amygdale simulant un sarcome (New. Y. M. J., 769). — Druon. Rétrécissement C... de l'œsophage (S. anat. Par., 17 nov.). — Frisch (von). C... de l'œsophage (Jahr. d. Wien. etc., 421). — Gabriel. C... de la bouche (Ung. M. Presse Budap. 5, 1898). — Hitzig (T.). (id.). (Deut. M. Woh. Leipz., 577). — Krönlein. Le C... du pharynx (26e Cong. all. Berl. avril). — Kürter. C... du pharynx (26e Cong. all. Berl. avril). — Marion (G.). Sarcome de la langue (Rev. chir. Par., 574-668). — Marvin (A.). Sarcoma of the tonsil (Cleveland. M. Gaz. ., 626). — Michel. C... de la langue (Soc. anat. Par., 12 juillet). — Mintz (S.). C... de l'œsophage (Medyc. Warsz., 574). — Montgomery (D.). Leucoplasie et épithélioma (Tr. M. Soc. Calif., 354). — Morris (R.). Angiosarcome de la lèvre (Soc. of Bellevue Hosp., 7 avril). — Némery. Sarcome des deux amygdales (Arch. M. belges, Brux., 27). — Ortuani (A.). Epithélioma et amputation de la langue (Clin. chir. Milano, 31 oct.). — Pantaloni. C... de la langue (Stat. d'opér. Par.). — Pekostouski (L.). Epithélioma de la face (Medyc. Warsz., 748). — Revidtsoff. C... de l'œsophage (M. oboz. Moscou, 914). — Rosenheim. C... de l'œsophage (Soc. M. int. Berl. 1er nov.). — Schnoerer (R.). Sarcome sublingual (Diss. Freiburg). — Verdelet. C... de la base de la langue (Soc. anat. et phys. Bord., 25 oct.). — Verhœghe. C... de l'œsophage (Soc. Cent. M. du Nord, 12 nov.).

2° *Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.*

Ashurst (J.). Traitement du C... du rectum (Ass. Méd. Montréal, 1er sept.). — Atherton (A.). C... de l'estomac : pylorectomie (Mar. M. News. Halifax, 336). — Belin (K.). C... du rectum et anus iliaque (Prog. M. Par., 209). — Bell (J.). C... du rectum (Ass. M. Montréal. 1er sept.). — Bilhaut. C... du rectum, résection du pylore (Ann. chir. orth. Par., 253). — Brault. Rétréc... C... du rectum (Stat. d'op. Par.). — C... inopérable du rectum (id.). — Cardarelli. C... de l'estomac (Clin. M. Pisa, 173). — Caussade. C... du pylore et atrophie de l'estomac (Soc. Méd. hôp. Par., 24 déc.). — Cornil. Résection de l'estomac dans le C... (Soc. anat. Par., 24 déc.). — Csesch (P.). C... du rectum (Beit. z Klin. ch. Tubingen, 685). — Czerny. Des strictures du tube digestif (Berl. Klin. Woch., 752. — Delacroix. C... du pylore (Boln. gaz., Botk. St-Peters., 561). — Deriaginsky (S.). Résection de l'estomac pour C... (Ann. Soc. chir. Moscou, n° 4). — Desfosses. Gastrectomie pour C... de l'estomac (Soc. chir. Par. 29 déc.). — Discussion sur le C... du rectum (Soc. chir. Par., 508). Drozda (J.). C... de l'estomac (Jahr. Wien. u Leipz., 325). — Dunn (L). Pylorectomie pour C... du pylore (Clin. Soc.

Lond., 22 oct.). — ENGSTRÖM (O.). Sarcome de la masse intestinale (Finska läk. etc., 906). — FAURE. Adénome de l'intestin grêle (Soc. chir. Paris, nov.). — FILLIET. C... du duodénum (Soc. anat. Par., 15 oct.). — FONTOYMONT. Epithélioma du gros intestin et Mal de Pott (Soc. anat. Par., 15 oct.). — GODART-DANHIEUX. Diagnostic du C... de l'estomac (Policl. Brux., 39). — GUINARD. C... du côlon (Soc. anat. Par., 17 déc.). — HAYEM. C... du pylore (Soc. Méd. Hôp. Par., 14 janv. 1898). — HAMONIC. C... généralisé de l'abdomen (Rev. androl. P., 18 janv. 1898). HEATH (CL.). Traitement du C... du rectum (M. ass. Montréal, 13 sept. — HEMMETER (J.). Phlegmon et C... du pylore (M. rec. New-Y., 365'. — HOFMOKL (J.). C... du rectum (Jahr. d. Wien, u Leipz., 265). JESSOP (T.). C... du pylore (Brit. M. J. Lond., 1632). — KEENE (N.). Traitement du C... du rectum (M. ass. Montréal, 1er sept.). — KELLOGY (J.). C... de l'estomac (Tr. Méd. M. Soc. Grand., 334). — ? Kraske dans C... du rectum (Ann. surg. Phila, 375). — LABAT. C... latent de l'estomac (J. M. Bord., 31 oct.). — LACHARRIÈRE (G.). C... du pylore et gastro-entérostomie (Ann. de policl. Bord., 551). — LAMBRET (O.). C... de l'estomac (Echo M. Lille, 460). — LEJARS. Lymphosarcome de la valvule iléo-cœcale (Soc. chir. Par., nov.). — LETULLE. C... colloïde du duodénum (Gaz. hôp. Par., 1366). — Ascite chyleuse et C... de l'estomac (Soc. M. hôp. Par., 8 oct.). — C... de l'appendice (Soc. anat. Par., 19 nov.). — Résection de l'estomac dans le C... (id., 24 déc.). — LINOSSIER. C... de l'estomac et cathétérisme digital du pylore (Lyon Méd., 15, 1898). — MULKOFF (G.). Du C... du pylore (Boln. y. Botk. St-Pét., 434). — MARCHAND. Traitement du C... du rectum (Soc. Chir. Par., juin). — MC GRAW. C... du pylore (Tr. M. M. Soc. Grand., 345). — MELA Y GUTIERREZ. Adénome destructif de l'estomac (Rev. an. path. Mexico, 570). — PAL (J.). C... de l'estomac (Jahr. Wien. u Leipz. 42). — PANTALONI. C... du cardia (Stat. d'opér. Par.). — Sarcome du mésentère (Id.). PHILIPPON (J.). Signe de Boas et C... de l'estomac (Clin. Brux.). — PIERRE. C... primitif du pylore (Soc. anat. path. Brux., 12 nov.). — PILLIET. Rétrécissement C... de l'intestin (Soc. anat. Par., 7 janv. 1898). — POIRIER. C... du rectum (Soc. chir. Par., juin). — QUÉNU. Extirpation du C... du rectum (Id., id.). — Histologie du C... du rectum (Rev. chir. Par., 24, 1898). — RUFIN. C... du cœcum (Lyon Méd., 513). — RIDDETT (A.). C... du rectum (Lancet Lond., 600). — RODRIGUEZ. Diagnostic du C... de l'estomac (Madrid). — SCHWARTZ. C... du rectum (Soc. chir. Par., juin). — SEEFISCH. C... et résection du côlon (Freie Ver. d. Ch. Berlin, 14 juin). — SOUPAULT. Résection de l'estomac dans le C... (Soc. anat. Par., 24 déc.). — TUFFIER. C... gastrique et périgastrite gangréneuse (Id., 14 janv., 1898). — VARIOT. Ascite chyleuse et C... de l'estomac (Soc. M. hôp. Par., 8 oct.). — VILLAR et LAVBIE. Sarcome de l'intestin (J. M. Bordeaux,

24 oct.). — VORON. C... de l'estomac et dilatation du pylore (Lyon Méd., déc.). — WALKER (H.). C... de la cloison recto-vaginale (Harp. Hosp. Bull. Detr., 15). — Diagnostic du C... gastrique (Tr. M. M. Soc. Grand., 330). — WYMAN (H.). Traitement du C... de l'estomac (Id., 353).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

BERNARD (A). C... de la vésicule biliaire (Thèse Lyon). — BEZANÇON. C... de la rate et de l'estomac (Soc. anat. Par., 3 déc.). — BOCCI. C... du foie (Policl. Roma, 994). — BRAULT. Sarcome du foie (Soc. anat. Par., janv. 1898). — CARDARELLI (A.). C... hépatico-gastrique (La Clin. Mad. Pisa, 301). — CLAISSE. C... primitif des voies biliaires (Soc. M. hôp. Par., 8 nov.). — FROHWEIN (K.). Sarcome du pancréas (Diss. Gressen). — HERIEC. C... du foie (J. M. Bordeaux, 466). — LAPOINTE. C... du foie (Bull. Méd. Par., 883). — MAC EWAN. C... du foie (Forf. M. Assoc., 4 nov.). — MARIE. Sarcome du foie (Soc. anat. Par., 14 janv. 1898). — PICCOLI (E). Sarcome du pancréas (Beitr. z. Path.). — PILLIET. Sarcome du foie (Soc. anat. Par., 14 janv. 1898). — léna, 105). — RASMUSSEN (M.) Epithélioma de la vésicule biliaire (Hosp. tid. Kplench, 641). — SOKOBOFF. Adénome des conduits biliaires (St-Péters. Arch., pathol., 593). — TECCE (P.). C... de la tête du pancréas (La Rif. M. Napoli, vol. IV). — THOMAS. Epithélioma de l'ampoule de Vater (Soc. anat. Par., 501). — TONNEL et RAVIART. C... primitif du foie (Soc. cent. M. d. Nord, 202). — WIGLESWORTH. Lymphadénome de la rate (M. Inst. of. Liverpool, 6 déc.).

Appareil de la circulation

DAWBARN (R.). Excision de la carotide ext. dans un sarcome (Ann. surg. Phila., 366). — FISCHER. Du lymphome malin (Arch. d. Berlin, 467). — GRANDMAISON (DE). Evolution histologique du C... dans les ganglions lymphatiques (Arch. g. M. Par., 143). — MAILLAND. C... secondaire du cœur (Soc. Sc. M. Lyon, 24 nov.). — MARCHAND. Sarcome mélanique des ganglions du cou (Soc. Chir. Par. juin). — RABÉ. C... secondaire du cœur (Soc. anat. Par., 3 déc.).

Appareil de la respiration

BAR (L.). Tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux (Arch. laryng. Par., 676). — BARGUN (K.). C... de la trachée (Diss. Kicl.). — BESSON. Sarcome secondaire de la plèvre (J. Sc. M. Lille, 66, 1898). — BOGDANOFF. C... du larynx et chélidoine (St-Pétersb.). — BOUGERT (H.). C... de la plèvre (Diss. Greifs.). — DEPAGE. C... du larynx (Soc. anat. Brux., 26 nov.). — FRANCK. C... de la thyroïde (Leonard' Illust. M. J. Detr., 12). — JEANNEL. Traitement du C...

du larynx (Arch. M. Toulouse, 265). — JELLERSITZ (A.). Tumeur maligne de la plèvre (Rev. Sc. Méd. Venezin, 454). — LANE (A.). Adénome de la thyroïde (M. Presse Lond. 215). — LENHARTZ. C... de la plèvre (Biol. abth., etc., Hamb., 9 nov.). — MADER. Endothéliome de la plèvre (Jah. Wien. Leipz. 236). — MASUCCI. Myxome du larynx (Arch. ital. otol. Torino. 9). — QUÉNU. Epithéliome de la corde vocale inférieure (Soc. Chir. Par., juin). — RAOULT (A.). Myxosarcome du larynx (Rev. heb. laryng. Paris, 1046). — SANGULLI (G.). Sarcome de la plèvre (Gaz. M. Lomb. Milano, 225). — SEYMOUR. C... du larynx (Ann. of. Surg. Phila., 637). — TIFFANY. Sarcome de la thyroïde (Ann. Surg. Phila., 498). — WARTHIN (A.). Sarcome de la plèvre (Med. News N.-Y., 489). — WERNER. C... du poumon (Soc. biol., Hamb. nov.).

Appareil de la sécrétion urinaire

AZCARRETA. Nephrectomies pour sarcome du rein (Gaz. M. Cat. Barcel. 641). — BACALOGLU. C... du rein (Soc. anat. Par., 7 janv. 1898). — BAZY. C... du rein (Soc. Chir. Par., nov.). — BONARDI (E). C... des capsules surrénales (Rev. Neurol. Par., 430). — BRAUN (H). Tumeurs malignes du rein chez l'enfant (Thèse Nancy). — CHAILLOUS (J.). C... des capsules surrénales (?) (Soc. anat. Par., 19 nov.). — Epithéliome des capsules surrénales (Id., 17 déc.). — COLEY (W.). Sarcome de la vessie (Med. News. N.-Y., 467). — DELETTREZ. Sarcome du rein (Ann. Soc. belge chir., 15 janv. 1898). — DENNER. C... du rein (Diss. Wurzb.). — DROZDA (J.). Sarcome du rein (Jahr. Wien. u Leipz., 327). — FINCK. C... de la vessie chez l'homme (Thèse Lyon). — FLAIKIN. Sarcome secondaire de la vessie (Soc. anat. Bordeaux, 13 déc.). — FRÖHLICH. Sarcome du rein (Berl. Klin Woch., n° 41). — HAUSER. Varicocèle et tumeurs malignes du rein (Thèse Par.). — KAMMERER (F.). C .. de la vessie (Ann. Surg. Phila., 357). — LANGE (K.). Tumeur maligne du rein (Eira Stock., 388). — MAC GOWAN. C... de la vessie (South. Calif. Pract., 332). — MEYER (F.). C... et toxicité des urines (Diss. Berl.). — MYTTENAERE (DE). C... des capsules surrénales (Soc. anat. path. Brux., 10 déc.). — PACKARD (F.). Sarcome rénal (M. New-Y., 229). — BOTTER. C... de la vessie (Fieie Ver. der. Ch. Berl., 8 mars). — SANDERVELDE. C... des capsules surrénales (Soc. anat. Brux., 10 déc.). — TERRILE. Sarcome du rein (Cron. d. Cl. M. de Genova, 257). — THOMAS. Excision de la vessie pour C... (Liverpool M. Inst. 21 oct.). — WALKER (G.). Sarcome de la vessie (Ann. of. Surg. Phila., 529).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

ADLER. C... du pénis (Brit. M. Assoc., 26 nov.). — ASCARRETA.

(id.) Rev. M. Barc., 179). — Binaud et Chavannaz. C... de l'urètre (Cong. urol. Par., 21 oct.). — Borst (M.). Sarcome des corps caverneux (Verh. phys. Med. Wurz., 252). — Brault. Epithélioma de la verge (Stat. d'op. Par.). — Sarcomes du testicule (id.). — Gatjen (B.). C... de la prostate (Diss. Gottingen). — Girard. Epithélioma de la verge (Dauphiné Méd., 235). — Hottinger (K.). C.. de l'urètre (Cor. Bl. f. ct. Baref., 552). — Mariachess. Sarcome de l'urètre (Cong. urol. Par., 21 oct.). — Miner (C.). Sarcome du pénis (Univ. M. Phila., 824). — Pantaloni. C... de la verge (Stat. d'op. Par.). — C... du testicule (id.). — Sarcome du testicule (id.). — Ravaut. Epithélioma de la verge (Soc. anat. Par., 24 déc.). — Redtenbacker (L.). C... de la prostate (Jahr. Wien. u Leipz., 68. — Stinson. C... du testicule (M. Rec. N.-Y., 623).

2° Organes génitaux de la femme.

Bell (R.). C... de l'utérus (Scott. M. Surg. Edimb., juillet. — Berton (L.). (id.). (Diss. Munch.). — Bolt (H.). C... de l'utérus (N.-Y. M. Monat., 498 et N.-Y. ac. af. M., 27 may). — Bourgeois (E.). Tumeurs et C... de l'utérus (Thèse Lyon). — Bovec (J.). Opérations pour C... de l'utérus (Med. Rey. Rich., 221). — Brault. C... du col (Stat. d'opérat. Par.). — C... inopérables (id.). — Ruddenberg. C... de l'ovaire (Diss. Kiel). — Camelot. C... du corps (Soc. anat. Par. déc.). — Carlson (B.). Sarcome de l'ovaire (Ups. Luk. Forb., 575). — Coe (H.). Adénome malin de l'utérus (N.-Y. Acad. of Med., 27 may). — Debaisieux. Hystérectomie et C... du col (Soc. belge chir. Brux., n° 5). — Delévielense (M.). C... primaire du vagin (Diss. Strasb.). — Drozda (J.). C... de l'utérus. (Jahr. Wien. u Leipz., 326). — Eastman (J.). Fibrosarcome de l'utérus (Indian. M. J., 89). — Eiermann (A.). Du déciduome malin (Hall. A. S. K. M.). — Emskeimer (J.). C... de l'ovaire (Diss. Münch.). — Elischer. Sarcome et tuberculose de l'ovaire (Kyl. Aerz, Budap., oct.). — Faure (J.). C... de l'utérus et névralgies (Gaz. hebd. Par. 158). — Fehling. C... du col (Centralb. Gyn. Leipz., 1197). — Foges (A.). (id.). (id., 69, 1898). — C... de l'utérus (id., 26 oct.). — Frank (L.). (id.). (Med. Times New.-Y., 275). — Giglio (E.). De la môle hydatiforme (Soc. ital. obst. Roma, 189). — Giordano. Limites de l'opération du C... utérin (Riv. veneta d. sc. Med. Venezia, 169). — Grepinet. Epithélioma du col (J. Sc. M. Lille, 40, 1898). — Héger. C... du vagin et de l'utérus (Soc. anat. Brux. 7 J. : 1898). — Hofert (T.). Adénome malin du col (Diss. Munch.). — Hofmokl (J.). Fibrosarcome de l'utérus (Jahr. Wien. u Leipz., 270). — Ill (E.). Diagnostic du C... de l'utérus (M. Rec. N.-Y., 509). — Ivanoff. Adénomyomes de l'utérus (Thèse St-Pétersb.). — Jacobi. Fibrome et sarcome utérins (N.-Y. ac. 27 may). — Jacobs. C... du col (Soc. belge chir.

Brux., n° 5). — Kelly. Déciduome malin (Glasgow olit. Soc., 27 oct.). — Kossmann. C... syncytiale... (Centralb. Gyn. Leipz., 1104). — Lebedeff (A.). C... des organes génitaux externes (Soc. M. ch. St-Pétersb. W. N.). — Le Dentu. Traitement palliatif du C... de l'utérus (Semaine gyn. Par., 17, 1898). — Lourich. C... du clitoris (Kyl. Aerz. Budap., 12 oct.). — C... de l'utérus (id.). — Cysto-sarcome de l'ovaire (id.). — Mauclaire. Epithélioma dans un kyste de l'ovaire (Soc. anat. Par., 19 nov.). — Michel. Epithélioma de l'ovaire (J. M. Bord., 24 oct.). — Mittermaier. C... de l'utérus (Aerz. Ver. Hamb., 2 nov.). — C... de l'utérus et grossesse (Cent. f. gyn., 5, 1898). — Müllem (H.). Sarcome de l'utérus (Diss. Ejeinfsw.). — Pantaloni. C... du vagin (Stat. d'opér. Par.). — Paviot et Bérard. C... musculaire lisse de l'utérus (Arch. M. expér. Par., 816). — Pick. Môles vésiculaires bénignes et malignes (Soc. M. Berl., oct. et nov.), — Pilliet Epithélioma de la trompe (Soc. anat. Par., 24 déc.). — Prochowinck. Du déciduome malin (Aerz. Ver. Hamb. 4 j. 1898). — Reckmann. Des C... de l'utérus (Cent. f. Gyn. Leipz., 1388). — Reismann (A.). C... inopérable de l'utérus (Orrosi Letil. Budap., 345). — Ricard. Fibrosarcome du vagin (Soc. chir. Par. 5 j. 1898). — Rouffart. C... du col (Soc. belge chir. Brux., n° 5). — Rossennasser (M.). C... utérin et climats (Ann. gyn. Boston, 31). — Rothrock (J.). C... de l'utérus et opérations (North. Lancet. St-Paul, 350). — Rouffart. Interventions dans le C... de l'utérus (Semaine gyn. Par., 11, 1898). — Savor (R.). Psammo-carcinome de l'utérus (Wien. Klin. Woch., 772). Schluchhardt. C... de l'utérus (Wiss. Ver. d. Stuttgard, 2 nov.). — Schwarznaeller. C... de l'utérus (id.). — Solé. Le C... chez la femme (Gaz. gyn. Par., 337). — Tate (W.). C... du col et pyométrite (Obst. Soc. Lond. 1er déc.). — Thom. Du C... de l'utérus (69e Cong. Nat. Brunswick, 20 sept.). — Thorm (W.). (id.). (Cent. f. gyn. Leip., 1196). — Walther (H.). Myosarcome de l'utérus (Ztschr. f. Aez. Frank., 41). — Wathen (N.). C... utérin (Int. J. surg. N.-Y., 269). — Watkins (J.). C... des trompes (Ann. gyn. N.-Y., 272). — Webster (J.). Déciduome malin (Canad. Frat. Toronto, 714). — Wisselinck (A.). (id.). (Ztschr. f. Geb. Stuttg., 225).

3. Annexes de l'appareil de la génération.

Brault. C... du sein ; ablation (Stat. d'opér. Par.). — Dowd. 32 cas de C... de la mamelle (N.-Y. Acad. of Med., 8 nov.). — Duplay. C... aigu du sein (Bulletin M. Par., 1153). — Hirigoyen. Tumeur du sein guérie par les courants continus (J. M. Bordeaux, 601). — Maugham (J.). C... de la mamelle (Nashville J. M., 154). — Morris. C... de la mamelle (N.-Y. Acad. M., 8 nov.). — Pantaloni. 14 C... du sein (Stat. d'opér. Par.). — Sclenerer (F.). Mas-

tites et C... (Diss. Wurzb.). — WARKERHAGEN (G.). C... de la mamelle (Brooklyn M. J. 724). — WEBB (T.). (id.). (Birmingh. M. Rev., 231). — YEATS (W.). C... du sein traité par les injections d'alcool (Brit. M. J. Lond., 808).

Généralités

ANDREWS (E.). C... inopérable et chélidoine (J. am. M. ass. Chicago, 657). — BARY. C... im jugendlichen altèr. (Diss. Münch.). — BELLIGER (K.). C... et metastases (Diss. Zurich). — BLOOM (J.). Epithélioma de la peau (Am. Ther. N.-Y., 73). — BRACQUEHAYE. Epithélioma et phlegmon du cou (J. M. Bord., 20 sept.). — BRAULT. Sarcome mélanique récidivé (Stat. d'opérat. Par.). — BUSQUET. Sporozoaires du C... (Soc. biol. Par., 27 nov.). — CAVAZZANI (T.). Etiologie des tumeurs malignes (Rev. veneta d. Sc. M. Venezia, 178). — ? Chélidoine et C... (N.-Y. M. J., 257). — COHEN TERVAERT. Lymphangio-sarcome (Arch. f. Obr. Leipz., 53). — CONE (S.). Squames épithéliomateuses (John's Hosp. Bul. Balt , 208). — COURTIN. Enchondrosarcome de la cuisse (J. M. Bord., 17 oct.). — DRUON. Fibro-sarcome de la paroi abdom. (J. Sc. M Lille, 162). — (?) C... inopérable (Brit. Gynœc. J. Lond., 38). — ERNAN. C... Kératinisant (Soc. otol. Brux.). — EWALD (A.). Tumeurs malignes (Berl. Klin. Woch., 797). — FAGUET. C... mélanique des doigts (Rev. int. M. Par., 365). — FINKELSHTEIN (B.). Tumeurs malignes et chélidoine (Boln. Gaz. Botk. St-Péters., 637). — FRAENKEL (A.). Echinocoques et sarcome (Ver. f. um M. Berl., 6 déc). — FRÖHLICH. Opération pour C .. (Wiw. ver. d. aerzte Stettin, 5 oct.). — GALGEY (O.). Lymphadénome (Brit. M. J. Lond., 641). - GANGOLPHE. Phlegmons abdominaux consécutifs aux C... de l'intestin (Lyon Méd., 127). — GASTON (J.). Sarcomes et électrolyse (South. M. Rec. Atlanta, 423). — GERNERSICH (A.). Lymphosarcome du médiastin (Orvosi Letil. Bud., n° 47). — GRATIA. Transformation C... des adénomes (Soc. anat. p. Brux., 10 déc.). — GRIGORYEFF. Fibro-sarcome du médiastin (Boln. Gaz. Botk., 1051). HAUSEMANN. Diagnostic des tumeurs malignes (Berl. ang. Hirs). — HASSENKAMP (C.). Résultats des opérations pour C... (Diss. Bonn.). HENSLEY. Sarcome du médiastin (St-Barth. hosp. J. Lond., 147). — HEUBERGER (E.). Diagnostic des fibrosarcomes (Diss. Zurich). — HODARA (M.). Histologie des C... (Mon. f. prat. Dermat. Hamb., 205). — HUTCHINSON (J.). Etude microscopique d'un C... (Arch. Surg. Lond., 238). — INHÜLSEN (W.). Sarcomes et C... (Diss. Münch.). — KAPOSI (M.). Sarcomatose généralisée (Jahr. Wien. u Leipz., 123). — KELYNACK (T.). Adrenal adenomata (Edimb. M. J., 263). — KOHN (H.). Echinocoque et sarcome (Ver. f. M. Berl., 6 déc.). — KÖNIG (I.). Enchondro-fibromes et sarcomes (Freie Ver. d. Chir. Berl., 8 marz). — KOSINSKI. Des C... (Aus. Verh. deut., etc... Leipz.). — LANCEREAUX.

Epithéliomes et C... (J. M. inter. Par., 11-43). — MAFFUCI (A.). Blastomycètes et tumeurs malignes (Polic. Roma, 544). — MALHERBE et PERR' CHAUD. C... et acide arsénieux (Gaz. M. Nantes, 292). — MANDERS (H.). Cure de la tuberculose et du C... (Brit. M. J. Lond., 802). — Mc VEY (E.). Seborrhoie epithelioma (Am. J. Dermat., St-Louis, 477). — MICHAUX. Fibrosarcome de la paroi abdominale (Soc. Chir. Par., juin). — NASMYSTH (T.). Le C... en Ecosse (Scot. M. J. Edimb., 321). — NEUMANN (H.). Perforation et C... (Diss. Münch.). — NEUSHOLME (A.). De la mortalité du C... (Brit. M. J. Lond., 74). — NICOLLE et HÉBERT. Sarcomes cutanés et acide arsénieux (Normandie méd., 380). — PANTALONI. 4 C... de la joue (Stat. d'opér. Par.). — 4 épulis (id.). — Sarcome du bras (id.). — 2 épithéliomas (id.). — Sarcome de la nuque (id.). — Sarcome mélanique du dos (id.). — Epithélioma du dos (id.). — PARASCANDALO. Cure des tumeurs malignes (Arch. int. M. Napoli, 259). — PERUTZ (F.). Histologie des C... (Diss. Münch.). — PIANESE (G.). Blastomycètes et C... (Gior. int. d. sc. M. Napoli, 468.). — PLAUTH (H.). Cystadenoma papilliforme (Diss. Heidelb.). — RADINGER. Versuche mit Cancroin (Wien. M. Woch. 1853). — REVERDIN et BUSCARLET. Epithélioma mélanique à marche lente (Rev. M. Suisse rom., 656.). — RIDLEY. Sarcome secondaire (Opth. Soc. Kingdon, 9 déc.). — ROBERTS. Epithélioma de la peau (Arch. Thér. N.-Y., 72). — ROBINSON (A.). Traitement du C... cutané (Canada M. Rev. Toronto, 85). — SCHULTE (W.). Sarcome de la région inguinale (Diss. Würzb.). — SCHWALBE (E.). Lymphangio-sarcome (Arch. f. path. anat. Berl., 451). — SEITZ (O.). C... unter 30 Jahren (Diss. Münch.). — SNOW (H.). Squirrhe de l'aisselle (Brit. M. J. Lond., 1500). — STILES (H.). C .. et parasites (Scot. M. J. Edimb., 247). — STORRY. Removal of a spindle-celled-sarcoma Weighing (Brit. M. J. Lond., 1182). — TRAMBUSTI (A.). Des sarcomes (Beitr. path. Iéna, 88). — VANDERVELDE. Transformation C... des adénomes (Soc. anat. p. Brux., 10 déc.). — WIART. Epithélioma de la main (Soc. anat. Par., 10 déc.). — WILLIAMS (B.). C... et morbis miseriæ (Edimb. M. J., 465.). — WINTREBERT. Fibrosarcome de la jambe (Soc. anat. Par., 22 nov.). — WYLIE (W.). Fibrome en dégénérescence C .. (N.-Y. Acad. Med., 27 may). — ZEMATSKI (S.). Résultats du traitement de tumeurs malignes (Voyenno. M. J. St-Peters., 34). — ZIEMCKI (J.). C... et injections antistreptococciques (St-Peters. M. Woch.).

Lille, imp. Le Bigot Frères. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

Revue des Maladies cancéreuses. – T. III. 4e Fasc. - 20 Juillet 1898

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

CLINIQUE, EXPÉRIMENTALE ET BIBLIOGRAPHIQUE

sous la direction de MM. les Professeurs

S. DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

O. LANNELONGUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS

V. CORNIL

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

avec le concours de MM. les Docteurs :

Pr BARD	M. DENUCÉ	H. MORAU	A. RICARD
J. W. BINAUD	L. GALLIARD	Pr NEPVEU	A. ROUTIER
A. BOISSARD	E. GAUCHER	E. NITOT	C. SAVOIRE
A. BRAULT	M. ISCH-WALL	L. H. PETIT	M. TOUPET
M. CAZIN	G. MARCHANT	P. RECLUS	A. TROUSSEAU
R. CONDAMIN	Pr MAYET	P. REYNIER	F. VERCHÈRE

Rédacteur en chef :

Dr E. OZENNE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX, CHIRURGIEN DE SAINT-LAZARE

TROISIÈME ANNÉE : 1897-1898

4e FASCICULE — 20 JUILLET 1898

ABONNEMENT ANNUEL :

PARIS : **8** francs. — DÉPARTEMENTS et UNION POSTALE : **10** francs

PRIX DU NUMÉRO : **2** fr. **50.**

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1898

EXTRAIT de VIANDE à BASE D'ALBUMOSES (88 %)

RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

SEULE préparation d'Albumoses ayant bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

SOMATOSE

Dose : 10 à 12 gr. par jour, en 3 ou 4 fois, dissoute dans le lait, eau, bouillon, etc. (éviter le vin)

ANÉMIE, CONVALESCENCE, DÉBILITÉ

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, ALIMENTATION DES PHTISIQUES, TUBERCULEUX, TYPHIQUES, ETC.

TOUTES PHARMACIES

Echantillons gratuits Fréd. BAYER et Cie, 23, rue d'Enghien, Paris

REVUE

DES

MALADIES CANCÉREUSES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES ÉPITHÉLIOMES ET LE CANCER

La Carcinose, maladie constitutionnelle. — Caractères anatomiques

par le Dr E. LANGEREAUX

Professeur agrégé de la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

Il n'y a pas de jour où vous ne puissiez observer dans les salles, en médecine comme en chirurgie, des malades atteints d'affections qui paraissent variées comme siège et comme aspect, mais qui sont au fond absolument identiques puisqu'elles ont la double parenté de la nature anatomique et de l'aboutissant clinique. Voyez en ce moment la salle des femmes; il y a trois malades, dont l'une souffre de l'estomac, l'autre de l'utérus, la troisième du sein. L'estomac est le siège d'une tumeur; l'utérus est profondément entamé par un ulcère fétide; la mamelle est simplement indurée et ratatinée. Voilà, n'est-ce pas, trois affections bien différentes, désunies en apparence par leur localisation sur des organes distincts, dissemblables même par les traits les plus grossiers de leur physionomie?

Eh bien, en réalité, c'est là une triple modalité de la même affection, ces trois femmes souffrent du même mal, c'est la même inexorable maladie, c'est *la carcinose.*

La première de ces malades est une femme de 57 ans, émaciée, décolorée, refusant les aliments; elle est dans la prostration et

ne peut nous renseigner. Mais la teinte spectrale de ses téguments et son excessive maigreur indiquent suffisamment l'état cachectique et éveillent l'impression d'une affection cancéreuse. Or, cette malade a vomi à plusieurs reprises depuis son entrée dans la salle, et le palper de son estomac fait constater l'existence à la région épigastrique d'une tumeur arrondie, du volume d'un gros marron, indurée et sans élasticité.

La deuxième malade est une femme de 47 ans, également pâle et amaigrie, qui dit souffrir depuis environ six mois. Cette femme, qui avait dépassé la ménopause depuis quatre ans, a commencé à éprouver des douleurs dans les reins et à voir apparaître un écoulement d'abord blanc muqueux, puis aqueux, roussâtre, sanguinolent, et de plus en plus abondant, donnant lieu à des sensations de picotement et de brûlure aux parties génitales.

Bientôt les pertes sanguines, d'abord intermittentes, se sont rapprochées, et l'écoulement, dans l'intervalle de ces métrorrhagies, a pris un caractère sanieux et fétide; en même temps, la malade pâlissait et dépérissait. Le doigt introduit dans la cavité vaginale arrive sur une surface bourgeonnante, irrégulière, molle, qui se laisse pénétrer par l'ongle, mais qui repose sur un fond induré et est entouré par un rebord également induré.

Notre troisième malade est une femme de 46 ans, domestique, admise pour une affection du sein, et qui en même temps se trouvait atteinte d'une paralysie périphérique du nerf facial droit. L'affection du sein remonte à plusieurs années. Après avoir débuté au voisinage du mamelon, elle a été soumise, il y a quatre ans, à une opération qui a été suivie d'une récidive. Aujourd'hui, il existe sur le côté du sein gauche, du côté de l'aisselle, une plaie recouverte d'une croûte épaisse jaunâtre; ce qui reste de l'organe est induré, diminué de volume; la peau du voisinage se trouve dans une assez grande étendue épaissie, rétractée, en sorte que ce côté de la poitrine est comme recouverte d'une cuirasse. Mais indépendamment de l'induration presque générale, on perçoit, ça et là, dans les espaces intercostaux, des nodules de consistance ligneuse, donnant l'illusion de petits ganglions, et qui s'échelonnent suivant certaines directions vers le sternum et l'abdomen, comme les rayons d'une roue autour du moyeu. Les ganglions axillaires inclus dans un tissu conjonctif sclérosé offrent une dureté extrême; quelques ganglions du creux sus-claviculaire correspondant sont également indurés.

Malgré des sièges différents et des aspects tout à fait dissemblables au premier abord, la lésion, dans ces trois faits, n'a pas moins des caractères communs qu'il importe de faire ressortir, puisque nous serons ainsi conduits à reconnaître qu'il s'agit là d'une même maladie avec des localisations diverses.

Quel que soit son siège, la lésion anatomique dans tous ces cas se révèle primitivement par une tumeur *unique*, qui, au bout d'un temps plus ou moins long, finit par s'ulcérer à sa partie centrale. Cette tumeur, dont l'accroissement circonférentiel est progressif et lent, a pour caractère essentiel une consistance véritablement spéciale que l'on a comparée à celle du bois, d'où la qualification de *dureté ligneuse*. Elle est ferme, résistante, sans élasticité, sauf quand s'opère la destruction centrale; alors elle se ramollit et s'ulcère. Toutefois, même à ce moment de son évolution, toute la partie périphérique de la tumeur conserve sa dureté et forme au pourtour de l'ulcération une sorte d'encadrement dont le bord saillant arrive parfois à se renverser à la façon du rebord d'un chapeau.

A ces caractères similaires de la lésion locale s'ajoutent ceux de l'état général. Chacune de nos malades a maigri, dépéri peu à peu, perdu ses forces, puis est enfin tombée dans un état de pâleur excessive, avec teinte jaune de la peau, perte des forces et de l'appétit, situation grave qui mérite au premier chef le nom de cachexie. Ainsi le processus morbide marche dans tous ces cas de la même façon, et, partant, on peut dire que la maladie est identique, et que dans tous les cas il s'agit de *carcinose*.

Nous désignons sous ce nom de carcinose *une maladie constitutionnelle, héréditaire, ni contagieuse, ni infectieuse, caractérisée par la végétation indéfinie sur un point de l'organisme d'un tissu épithélial qui a la propriété de se propager à distance par l'intermédiaire du système lymphatique*.

On pourrait ajouter à cette définition la mention d'un caractère d'une importance capitale, à savoir, que la carcinose ou cancer *ne se montre jamais pendant la période d'accroissement de l'individu*.

C'est cette maladie que nous allons étudier dans son ensemble et dans ses détails au cours des présentes leçons. Toutefois, je m'attacherai surtout à développer devant vous la partie clinique de son histoire, et à traiter également les questions de pathogénie et d'étiologie qui passionnent si justement les médecins. Quant aux notions souvent arides d'anatomie et d'histologie pathologiques, je m'en vais vous les résumer à grands traits en vous fai-

sant connaître seulement les caractères principaux qu'il n'est pas permis au médecin d'ignorer.

Ce sera l'introduction de notre étude du cancer.

Caractères anatomiques généraux. — Tous les tissus épithéliaux de l'organisme, aussi bien les épithéliums glandulaires que les épithéliums de revêtement peuvent être le point de départ de la végétation carcinomateuse ou cancéreuse. Celle-ci toutefois semble avoir des préférences pour certains organes; ainsi l'utérus et les mamelles chez la femme, la langue chez l'homme, l'estomac dans les deux sexes sont les organes le plus fréquemment affectés. Quelle que soit la forme histologique des épithéliums, qu'ils soient pavimenteux, sphériques, ou cylindriques, ils sont tous exposés à cette anomalie. Mais il est digne de remarque que la végétation ou la tumeur à laquelle ils donnent naissance revêt toujours les caractères histologiques des éléments qui en ont été le point de départ. De cette façon les épithéliomes peuvent présenter entre eux une différence notable, mais cette différence étant due uniquement à la forme de leurs éléments, nous considérons toujours comme vraie la loi que nous avons formulée à leur égard, à savoir qu'*il existe autant de variétés d'épithéliomes ou carcinomes qu'il existe de variétés d'épithéliums.*

J'ajoute tout de suite comme corollaire, quitte à revenir plus tard sur les caractères différentiels des tumeurs conjonctives, que *le cancer ou carcinose ne se montre jamais primitivement dans un organe dépourvu d'épithélium* (rate, cœur, tissu musculaire, tissu osseux, ganglions), etc. Par conséquent, il n'y a pas de cancer de la rate, de cancer des ganglions, de cancer des os, de cancer des muscles, de cancer du cœur. Quand on emploie une de ces expressions, il ne peut s'agir que d'un cancer secondaire propagé d'un organe pourvu d'épithélium à moins qu'on ait fait une confusion, et qu'on ne parle de *fibromes embryonnaires* (vulgairement appelés sarcomes), tumeurs également redoutables, mais d'une origine et d'une nature entièrement différentes de celles du cancer.

Ce premier point indiqué étudions les caractères anatomiques de la carcinose.

Vues à l'œil nu, les lésions propres à cette maladie présentent des différences en rapport avec leur siège. Aussi nous les examinerons successivement dans les membranes tégumentaires et dans les organes parenchymateux.

Épithéliomes tégumentaires. — Ils sont représentés par des

tumeurs légèrement saillantes, étalées, de forme ronde ou elliptique, à surface tantôt villeuse, de consistance ferme, tendant au bout d'un certain temps à se ramollir à leur partie centrale, qui est peu à peu détruite et ulcérée, tandis que la partie périphérique persiste et s'étend excentriquement en formant un bourrelet induré d'épaisseur variable, qui se recourbe souvent comme un rebord de chapeau et se reconstitue au dehors à mesure qu'il se détruit en dedans. Un des plus beaux types de cette lésion nous est fourni par les cancroïdes cutanés et muqueux (épithéliomes pavimenteux).

C'est là la forme pour ainsi dire constante dans les épithéliomes des surfaces tégumentaires à épithélium pavimenteux. Les épithéliomes nés à la surface des membranes muqueuses pourvues d'un revêtement cylindrique sont peu différents. Toutefois ils constituent des masses ou tumeurs parfois plus étalées, et qui en général tardent davantage à se ramollir et à s'ulcérer (types cylindriques).

Les épithéliomes des glandes de la peau et des membranes muqueuses forment des tumeurs qui, d'abord profondes, deviennent ensuite saillantes et se comportent à peu près comme les précédentes. Elles sont toutefois un peu plus vascularisées (types glandulaires).

Epithéliomes parenchymateux. — Ici le cancer est constitué par des tumeurs ordinairement périphériques, parfois centrales, mais qui en tout cas ne tardent pas à faire saillie à la surface de l'organe. La tumeur, d'abord peu volumineuse, est unique à son début; elle s'accroît d'une façon progressive, puis, au bout d'un certain temps, par suite des modifications survenues dans la nutrition des éléments cellulaires, elle se déprime à son centre qui, d'abord mou, se trouve plus tard induré, quand la résorption des débris cellulaires est complète. La consistance de ces tumeurs est variable. Toutefois, elles sont rarement molles; aussi la plupart des néoplasies décrites autrefois sous le nom de *cancer encéphaloïde* n'appartiennent pas à l'épithéliome proprement dit, mais plutôt au fibrome embryonnaire (sarcome des auteurs). Les tumeurs épithéliales des organes parenchymateux comprennent plus particulièrement celles qu'on a désignées sous le nom de *squirrhes*. Aussi ont-elles, comme ce nom l'indique, une consistance ferme, indurée, ligneuse, et cette consistance, souvent appréciable aux moyens d'investigation clinique, constitue, comme nous le verrons plus loin, un élément de diagnostic des

plus importants. Il convient du reste de remarquer qu'il y a un rapport constant entre la rapidité du développement de l'épithéliome et sa consistance, les tumeurs à évolution lente étant plus consistantes. La surface de section de ces épithéliomes parenchymateux fait voir un tissu grenu, plus ou moins coloré, blanchâtre, souvent marbré de traînées d'apparence sanguine ou vasculaire, de consistance inégale, et qui laisse échapper un suc blanc, semblable à de la semoule cuite, qu'on recueille au couteau par le raclage, et qui est connu sous le nom de *suc cancéreux*. Aucune membrane limitante ne sépare l'épithéliome des parties voisines.

Toutes ces tumeurs parenchymateuses, comme celles des téguments, sont d'abord petites et uniques ; peu à peu elles s'étendent en circonférence, et enfin à distance, de telle sorte que la plupart du temps elles sont multiples au moment de la mort, et cette pluralité est, comme nous le verrons en étudiant le mode de propagation, un effet de l'infection de l'économie par le tissu épithélial. Mais il importe de bien accentuer le trait suivant : *Le cancer débute toujours par un point unique, jamais simultanément sur plusieurs points*, contrairement à ce qui est la règle pour des tumeurs d'un autre genre.

Composition histologique. — Deux ordres de tissu entrent dans la composition des masses néoplasiques qui caractérisent la carcinose, à savoir :

1° Un tissu épithélial semblable à l'un des épithéliums normaux de l'organisme, c'est-à-dire semblable à l'épithélium originel ;

2° Un tissu ou stroma conjonctivo-vasculaire qui s'ajoute au tissu épithélial et le nourrit.

Le tissu épithélial offre des caractères variables subordonnés à ceux du tissu qui lui donne naissance. Composés de noyaux volumineux entourés d'un protoplasma abondant, ses éléments sont accolés entre eux par une sorte de ciment ; mais en vieillissant ils deviennent libres, et c'est alors que se produit à la surface des tumeurs, quand on vient à en presser la coupe, le suc blanc désigné sous le nom de suc cancéreux.

Le groupement des éléments épithéliaux s'effectue de façon différente suivant le point de départ de l'épithéliome, suivant aussi l'âge du cancer. Tantôt il s'agit d'amas arrondis, plus ou moins irréguliers, contenant de petits groupes cellulaires

qui ont subi un processus de kératinisation et qui prennent mal le carmin. Ce sont les épithéliomes pavimenteux proprement dits, *épithéliomes lobulés*. Tantôt les éléments se groupent sous une forme tubulaire (*épithéliomes tubulés*) ou reproduisent l'apparence de culs-de-sac glandulaires (*épithéliomes cylindriques*). Enfin ils se logent irrégulièrement dans des alvéoles du tissu conjonctif (*carcinomes ou épithéliomes glandulaires*).

Epithéliome pavimenteux. — Examiné sur une coupe, il a l'aspect d'un tissu blanc, mat, grenu, homogène, résistant, mais sans élasticité. Fortement comprimé entre les doigts, il laisse sourdre un suc épais, une sorte de bouillie blanchâtre et des cylindres ou grumeaux vermiculaires, comme le sébum épaissi d'une glande dilatée de la peau, ou comme du vermimicelle. Vue au microscope, cette bouillie est composée de grosses cellules plates, de détritus moléculaires, quelquefois de cristaux de cholestérine, et souvent enfin, de globes cellulaires dits *globes épidermiques*.

Les cellules, logées dans un stroma à larges mailles, sont soudées entre elles et forment des amas ou îlots plus ou moins réguliers, allongés ou arrondis. Quelquefois petites et cylindriques, souvent un peu pigmentées à la périphérie, elles sont disposées perpendiculairement au stroma, et renferment un noyau manifeste; celles qui viennent ensuite sont dentelées, rhomboïdales, plus volumineuses que les précédentes, et, comme elles, munies d'un noyau apparent, avec un nucléole. Les cellules, les plus intérieures, aplaties, comme fibroïdes et souvent dépourvues de noyaux, constituent enfin des couches disposées concentriquement, à la façon des feuilles d'un chou, autour d'une partie centrale incolore, homogène ou contenant des noyaux. Le stroma, peu abondant, est constitué par quelques fibrilles conjonctives, de petites cellules rondes et des vaisseaux en général peu nombreux. C'est là l'*épithéliome adulte* ou *épithéliome lobulé* ou *cancroïde*. Chaque *lobule* se compose de cellules qui, conformément à la description ci-dessus, reproduisent de dehors en dedans les diverses couches de l'épiderme, cellules cylindriques, cellules dentelées, couche granuleuse, couche cornée. Si l'éléidine manque dans le stratum granulosum, les cellules centrales deviennent mucoïdes (*épithéliome muqueux*).

Ce qu'on appelle l'*épithéliome tubulé* pourrait s'appeler plus justement *épithéliome embryonnaire*. Dans ce cas, au lieu de

larges cellules cornées, les tumeurs à épithélium pavimenteux ne renferment que des cellules petites, jeunes, ayant au plus le volume de l'épithélium qui tapisse les canaux de l'urine. Ces cellules sont formées d'un noyau volumineux, entouré d'une faible couche de protoplasma, et analogues à celles qui forment la couche inférieure du réseau de Malpighi. Soudées entre elles, sans substance intermédiaire, elles forment des traînées plus ou moins longues, et figurent des tubes cylindriques de forme acineuse ou glandulaire et s'anastomosant entre eux. Cet épithéliome tubulé, comme toutes les tumeurs se rapprochant du type embryonnaire, est beaucoup plus apte à se généraliser que l'épithéliome adulte.

De deux petites variétés anatomo-cliniques, l'*épithéliome cicatrisant* ou *atrophique*, et le *choléastome* ou *épithéliome perlé*, fréquemment confondu avec l'endothéliome, je ne vous dirai que les noms. Je ne vous parlerai pas davantage de la variété très rare désignée sous le nom d'*épithéliome calcifié*. Quant au *mélanome* ou *épithéliome mélanique*, j'en réserve la description à un autre moment.

Les *néoplasies épithéliales cylindriques* affectent toutes les membranes muqueuses à épithélium cylindrique, mais elles se localisent de préférence dans le canal digestif au niveau des parties rétrécies ou bien au point de transition de revêtements épithéliaux différents comme au col de l'utérus, au pylore, etc. Il convient de rattacher à ces néoplasies certains cas de cancer du foie et du sein qui ont pour point de départ les épithéliums des conduits biliaires et des canaux galactophores.

Ces formations se présentent à la surface des muqueuses, sous l'apparence de saillies arrondies, nummulaires, fungiformes, érodées à leur centre et quelquefois formées en grande partie de villosités.

Le plus souvent elles infiltrent les tissus normaux ; par exception, elles sont entourées d'une toile fine conjonctive, comme il m'est arrivé de l'observer dans un épithéliome utérin avec métastase dans l'un des tibias. L'épithéliome cylindrique, d'une consistance variable, le plus souvent molle, présente une teinte blanchâtre, grisâtre ou rouge sombre. Il donne à la pression un suc blanc laiteux, abondant, composé de cellules épithéliales cylindriques, soudées par leurs bords latéraux et dont les bords libres sont situés sur une même ligne

limitée par un double contour. Vus de profil, ces épithéliums peuvent offrir l'apparence d'éléments fusiformes, et dans certains cas présenter une dilatation vésiculeuse, disposition importante à connaître pour le diagnostic. Au bout d'un temps plus ou moins long, suivant son siège, l'épithéliome cylindrique change de physionomie, il se ramollit et tend à s'ulcérer, sa surface, souvent villeuse, présente peu à peu une dépression centrale à fond blanchâtre et mollasse riche en suc laiteux : ses bords sont plus ou moins fermes et larges, suivant l'étendue de l'altération.

Examiné au microscope après durcissement, l'épithéliome cylindrique présente à un faible grossissement des amas de cellules épithéliales contenues dans des alvéoles plus ou moins larges, formés de travées conjonctives parcourues par des vaisseaux. Ces alvéoles, dont la forme varie suivant que la coupe est parallèle, perpendiculaire ou oblique par rapport à leur plus grand diamètre, sont tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique perpendiculairement implantée, sans l'interposition d'une membrane propre, hyaline, glandulaire, et n'était cette dernière circonstance, les caractères de l'épithéliome cylindrique ne diffèreraient pour ainsi dire pas de ceux des glandes intestinales.

Les villosités et les papilles voisines de cette formation sont généralement hypertrophiées, et, dans un certain nombre de cas, des appendices papillaires tapissés d'une couche épithéliale cylindrique donnent à la partie la plus superficielle de la tumeur l'aspect d'une membrane bourgeonnante. A la surface de l'estomac où je l'ai observée un grand nombre de fois, cette altération était autrefois confondue, à cause du suc laiteux qui s'en échappe, avec le carcinome médullaire. Le stroma qui maintient les éléments épithéliaux est peu abondant; le plus souvent embryonnaire, il renferme des vaisseaux peu nombreux et plus ou moins développés.

La prédominance de l'un des éléments constitutifs de l'épithéliome cylindrique produit autant de variétés de cette tumeur; l'état fibreux ou embryonnaire du stroma, la dilatation des vaisseaux et les hémorrhagies qui en sont la suite servent à établir quelques autres variétés de la même altération.

Les épithéliomes cylindriques ne respectent aucun tissu. Comme les épithéliomes pavimenteux, ils envahissent peu à peu ceux qui les approchent le plus. Leurs éléments suivent,

au niveau des muscles et des nerfs, les interstices conjonctifs ; dans les os, les canaux et les aréoles ; dans le foie, le tissu interlobulaire. Plus tard, par la compression qu'ils déterminent, les cancers à épithéliums cylindriques atrophient les fibres musculaires et nerveuses, les cellules propres du foie, etc.

Ces productions ne se comportent pas différemment par rapport aux vaisseaux ; elles perforent les veines et même les artères, après une résistance plus ou moins prolongée de leurs tuniques, d'où résultent des hémorrhagies inquiétantes ou même mortelles. Au bout d'un temps plus ou moins long, les glandes lymphatiques en connexion avec la région affectée se tuméfient, s'indurent et deviennent le siège de productions épithéliales identiques avec celle de la tumeur primitive. L'épithéliome cylindrique se généralise dans les organes beaucoup plus souvent que le cancroïde.

Cette généralisation fréquente dans le foie à la suite des lésions épithéliales de l'estomac, de l'intestin ou même de l'utérus, débute dans le système des canaux lymphatiques. Elle s'observe dans d'autres viscères et je l'ai rencontrée jusque dans les os. Inutile d'ajouter que les tumeurs secondaires ont toujours la même composition que l'altération primitive.

ÉPITHÉLIOMES GLANDULAIRES, CARCINOMES. — Ces tumeurs sont variables comme les épithéliums des glandes elles-mêmes ; d'ailleurs, composées tout à la fois d'éléments épithéliaux et d'un stroma conjonctif, elles présentent encore, suivant la prédominance de l'une ou de l'autre de ces parties, des différences qui ont été considérées comme autant de variétés.

Ordinairement fermes, du moins à leur début, solidement fixées au tissu envahi, tantôt lobulées, tantôt tubéreuses ou bosselées, elles laissent échapper, quand on comprime leur surface de section, qui est d'un rouge pâle, ou quand on y passe le dos d'un scalpel, une bouillie plus ou moins épaisse, trouble, lactescente. C'est le suc cancéreux, considéré à tort comme caractéristique, et composé de grosses cellules dont je vous épargnerai la description histologique.

Sur une coupe, après durcissement, on constate que ces cellules forment des amas circonscrits par des tractus conjonctifs entrecroisés de façon à constituer des espaces ou des alvéoles d'une étendue plus ou moins considérable, communiquant les uns avec les autres comme s'il s'agissait d'un tissu caverneux. La forme générale de ces alvéoles, ordinairement

ronde ou ovoïde, est subordonnée, en partie du moins, à la structure de l'organe où siège la tumeur. Les alvéoles d'une tumeur carcinomateuse secondaire développée dans un tissu à couches denses et parallèles comme le tissu fibreux sont en effet ovoïdes et allongés parallèlement à la direction des couches de fibres, tandis qu'ils sont bien plutôt sphériques dans certains organes mous, comme le foie. Le stroma conjonctif est formé de fibrilles et de nombreuses cellules fusiformes; on y trouve en outre des cellules rondes, particulièrement abondantes dans les tumeurs qui ont subi un début d'ulcération, et cette intrusion embryonnaire est en rapport avec un phénomène accessoire, l'*infection secondaire*, dont témoignent de nombreux micrococci fixés par les couleurs d'aniline.

Les vaisseaux du stroma, dont les dimensions sont relativement considérables, donnent lieu à un réseau régulier en rapport avec la disposition des alvéoles; ils sont plus ou moins abondants et d'une structure peu différente de celle des vaisseaux normaux.

Souvent ils sont dilatés et flexueux, et toujours ils communiquent avec les vaisseaux voisins de la région et le système général de la circulation. Leur oblitération, qui n'est pas rare, a pour effet la production d'un foyer de ramollissement au pourtour duquel s'établit un réseau vasculaire collatéral, aussi épais et serré qu'autour d'un abcès. Schrœder van der Kolk a constaté la présence de vaisseaux lymphatiques dans les tumeurs carcinomateuses; Krause est parvenu à injecter ces vaisseaux qui accompagnent les vaisseaux sanguins dans l'épaisseur des cloisons du stroma, où, suivant Rindfleisch, ils forment autour de ces derniers des gaînes analogues à celles des vaisseaux des centres nerveux. L'innervation des carcinomes est insuffisamment connue, mais il est vraisemblable que ces produits pathologiques renferment, du moins dans quelques cas, des filets nerveux.

Cette description s'applique aux tumeurs de date récente; les tumeurs plus anciennes sont le siège de métamorphoses diverses qui en modifient plus ou moins la physionomie. Une modification des plus caractéristiques est le ratatinement central de la nodosité carcinomateuse, qui semble produire une sorte de tissu de cicatrice, mais qui n'est en réalité que le résultat de l'altération et de la résorption d'un certain nombre des éléments cellulaires des alvéoles, ainsi qu'il arrive pour

les glandes normales dans leur période de déchéance organique. Une modification non moins importante est l'ulcération, qui résulte tout à la fois de l'altération granulo-graisseuse des cellules de la tumeur, et de l'inflammation consécutive des parties tégumentaires voisines. Le tégument perforé, la masse végétante s'engage dans l'ouverture, s'étend à l'extérieur et se gangrène en partie, d'où la formation d'un ulcère infundibuliforme, sécrétant un liquide ichoreux, nauséabond, et ayant des bords indurés plus ou moins élevés au-dessus du niveau de la peau. Dans les organes glandulaires internes la végétation se porte plus spécialement du côté des veines, et souvent elle obstrue les vaisseaux du foie et des reins.

L'épithéliome glandulaire présente des variétés nombreuses, déterminées les unes par la prédominance des éléments épithéliaux, des vaisseaux ou du stroma conjonctif, les autres par une influence purement topique. Les premières de ces variétés sont depuis longtemps connues sous les noms de *carcinome encéphaloïde (épithéliome glandulaire mou, cancer médullaire)*, de *carcinome hématode* ou *télangiectasique (fongus hématode)*, de *squirre (épithéliome glandulaire dur)*, de *cancer colloïde (épithéliome glandulaire colloïde)*. Je vous renvoie à la description que j'ai faite de ces tumeurs dans mon *Traité d'Anatomie pathologique*, car j'ai hâte d'en finir avec cette partie aride de notre sujet.

Les autres variétés de cancer glandulaire tiennent à la nature du tissu qui leur donne naissance. L'organe au sein duquel se développe l'épithéliome glandulaire imprime à cette lésion un cachet spécial, ce qui ne peut surprendre puisque chaque organe a des épithéliums différents et une circulation particulière. Je vous montrerai plus tard les principaux types de cancer, d'après leur siège.

Les rapports réciproques des deux ordres de tissus qui constituent le cancer s'intervertissent avec l'âge de la lésion. Dès le début le tissu épithélial est prédominant, plus tard le tissu conjonctif réagit, végète, arrive même à étouffer en grande partie la végétation des éléments nobles, et l'on voit tel cas de vieux squirrhes, où il faut chercher avec soin pour trouver çà et là, entre les mailles du tissu conjonctif, quelques éléments épithéliaux étouffés.

Le *mode de production* des tumeurs dont nous nous occupons présente les plus grandes analogies avec le développement

des glandes. Si l'on étudie, en effet, le développement de la mamelle, on voit des bourgeons épithéliaux se montrer primitivement, ensuite le tissu conjonctif végéter, les séparer, les diviser. Même réaction du tissu conjonctif vis-à-vis de la végétation épithéliale dans le cancer. On peut poursuivre la comparaison avec la glande. Dans une mamelle par exemple, pendant la période d'activité glandulaire, c'est l'épithélium qui prédomine; plus tard, après la ménopause, le sein se transforme en une plaque fibreuse. Il en est de même dans le cancer. C'est d'abord l'épithélium qui prolifère et se multiplie d'une façon désordonnée, puis c'est le stroma; il s'épaissit d'abord, puis se rétracte, à la façon d'un tissu de cicatrice. Il étouffe les éléments épithéliaux. Plus tard, il ne reste guère que le squelette du cancer *(cancer fibreux)*. C'est ce qu'exprimait Billroth quand il disait: *le malade meurt quand le cancer guérit.*

Les tumeurs ou végétations épithéliales prennent toujours naissance au milieu ou au voisinage d'un tissu épithélial. Lorsqu'elles se rencontrent dans les autres tissus (muscles, os, ganglions), ce n'est jamais que comme tumeurs secondaires. Ce fait, qu'ont démontré les recherches de Waldeyer et des observateurs qui l'ont suivi, est entièrement conforme à mon observation, et je le considère depuis longtemps comme ayant force de loi.

Les tumeurs épithéliales ont un mode de développement quelque peu variable suivant leur siège. A la surface de la peau, il se produit tout d'abord une sorte de bourgeon épithélial, qui va en s'agrandissant par de nouvelles cellules provenant de la multiplication des éléments primitivement formés. Peu à peu, le nouveau tissu s'étend du corps muqueux de Malpighi dans le fond des espaces interpapillaires, pour pénétrer ensuite d'une façon plus ou moins complète dans le derme, et enfin dans les parties plus profondes. Mais, au fur et à mesure de son développement, le bourgeon épithélial est pénétré par un tissu conjonctif embryonnaire, au sein duquel se produisent des vaisseaux. Ce tissu, qui passe peu à peu à l'état adulte, circonscrit les éléments épithéliaux dans des espaces en forme d'alvéoles, et contribue en même temps, par les vaisseaux qu'il renferme, à entretenir leur nutrition. Semblables phénomènes ont lieu lorsque la tumeur prend naissance dans les follicules pileux, les glandes sébacées ou sudoripares, en un mot dans

tous les organes glandulaires, le foie, les reins, etc. Par exemple, l'épithélium contenu dans le tube enroulé de la glande sudoripare se multiplie et s'hypertrophie, il remplit et dilate d'une façon irrégulière ce tube dont la lumière est obstruée, et dont la paroi propre s'amincit et disparaît, laissant des cylindres pleins, formés d'épithélium pavimenteux. Les cylindres ne tardent pas à pousser des bourgeons dans tous les sens; en même temps il se produit un tissu conjonctif de nouvelle formation qui bourgeonne à son tour et tend à pénétrer le tissu épithélial, de sorte que le mode suivant lequel l'arrangement de ces tissus pathologiques a lieu est en tout comparable à celui qui s'observe dans le cours du développement normal. Ainsi mises en rapport avec le tissu conjonctivo-vasculaire, les masses épithéliales de nouvelle formation peuvent vivre et continuer à s'accroître au lieu de dégénérer, ce qui arriverait fatalement si elles étaient privées des éléments de nutrition que ce tissu leur fournit. On conçoit que cet accroissement sera d'autant plus difficile que le tissu conjonctif sera moins abondant et moins vasculaire; de là l'explication de la destruction et de l'ulcération si rapide des productions épithéliales connues sous le nom de cancroïdes, toujours plus ou moins complètement privées d'un stroma fibreux.

Les néoplasies épithéliales atypiques, au fur et à mesure de leur accroissement, infiltrent et remplissent les lacunes lymphatiques, ce qui a fait croire à tort qu'elles prenaient naissance dans ces espaces.

La principale conséquence de cet accroissement est la compression et la destruction des tissus normaux. Les faisceaux musculaires, d'abord séparés par un tissu conjonctif embryonnaire, s'atrophient peu à peu, au fur et à mesure de leur envahissement par les cellules épithéliales; semblable mécanisme existe pour les nerfs dont les tubes, séparés par les éléments de nouvelle formation, finissent par subir la transformation granulo-graisseuse. Dans le tissu osseux, les éléments épithéliaux apparaissent au sein d'une moelle embryonnaire, détruisent les lamelles osseuses, agrandissent les cavités médullaires, et amènent, en fin de compte, la nécrose moléculaire de l'os tout entier.

Les veines ne résistent pas mieux à l'envahissement des masses cancéreuses. Le mécanisme de la destruction des parois veineuses par le cancer a été l'objet d'une étude suivie de la part

de P. Bérard, Broca, P. Sick et Cornil. Ces parois augmentent d'épaisseur, les plans de fibres conjonctives, élastiques et musculaires qui les composent sont éloignés par l'interposition d'amas de noyaux et de cellules de nouvelle formation. Il résulte de là une saillie du côté de la lumière du vaisseau et un refoulement de la tunique interne, une sorte de hernie tapissée par cette tunique; puis, peu à peu cette membrane est détruite et le bourgeonnement a lieu jusque dans la cavité du vaisseau. Le courant sanguin se trouve ainsi empêché, un coagulum se forme, l'obstruction ne tarde pas à devenir complète. Dans des cas rares où le courant sanguin persiste malgré le bourgeonnement épithélial, il peut arriver que le champignon intra-veineux soit emporté à une distance plus ou moing grande de son point d'implantation, et quelquefois jusque dans le cœur droit ou l'artère pulmonaire (*embolie cancéreuse*). Chez une femme atteinte d'un cancer des poumons, avec pénétration de la masse cancéreuse dans les veines pulmonaires, j'ai trouvé dans l'aorte une masse carcinomateuse arrondie, qui provenait incontestablement de la tumeur des poumons (*Bulletin de la Société anatomique*, 1859).

Les artères ne se comportent pas autrement que les veines, si ce n'est qu'elles résistent plus longtemps. Or, comme dans ces vaisseaux la coagulation est beaucoup plus difficile que dans les veines, il survient quelquefois, au moment de la destruction, des hémorrhagies abondantes et même mortelles. Ainsi, dans un cas d'épithéliome de l'œsophage, j'ai vu mourir sous mes yeux un malade dont l'aorte avait été littéralement perforée par la tumeur. En résumé, les néoplasies épithéliales, contrairement aux tumeurs formées d'éléments conjonctifs, sont peu arrêtées dans leur extension par les tissus qu'elles rencontrent; seuls, les tissus fibreux et élastiques leur opposent une résistance momentanée. Les éléments de ces tumeurs infiltrent toujours au-delà de leurs limites présumées les tissus qui les entourent, et cela dans une étendue qui varie suivant la richesse lymphatique de la région.

Outre la propriété d'envahir les tissus voisins, les tumeurs épithéliales ont l'habitude de se propager à distance, car la néoplasie épithéliale est toujours primitivement solitaire, et c'est seulement au bout d'un temps plus ou moins long que surviennent les tumeurs secondaires. Cette propagation s'opère ou par l'intermédire du système lymphatique ou par le système veineux. Les glandes lymphatiques les plus rapprochées de la

tumeur, puis de proche en proche les autres glandes du voisinage se tuméfient, s'indurent de plus en plus; si on les examine au début de leur altération, on constate que celle-ci est d'abord partielle et qu'elle occupe les travées conjonctives. Comme c'est sur le trajet parcouru par la lymphe qui vient de la région malade que se montrent les tumeurs ganglionnaires secondaires, il en résulte que c'est cette lymphe, par les substances qu'elle a puisées dans la tumeur primitive, qui est la cause productrice de l'altération ganglionnaire. Si, en effet, les vaisseaux lymphatiques situés entre le ganglion et la tumeur sont quelquefois solides, remplis d'éléments carcinomateux, de sorte que le ganglion semblerait affecté par voie de continuité, d'autres fois, au contraire, les vaisseaux lymphatiques intermédiaires conservent toute leur intégrité, et c'est en réalité à l'agent transporté par la lymphe qu'il convient de rapporter la formation de la tumeur ganglionnaire. *Cet agent n'est autre que la cellule cancéreuse elle-même.*

L'infection ganglionnaire constitue le premier degré, la première étape, en quelque sorte de l'infection générale. Celle-ci est caractérisée par l'apparition dans divers organes de tumeurs identiques à la tumeur primitive. Ces nouvelles tumeurs, ou *tumeurs secondaires,* sont en général multiples et disséminées dans plusieurs points sans qu'il y ait ordinairement de rapport spécial de circulation entre ces organes et celui qui est le siège primitif de l'altération. Toutefois, les membranes séreuses des cavités viscérales, dont la communication avec le système lymphatique est aujourd'ui bien connue, et les organes auxquels aboutissent les grands systèmes veineux, comme le foie et les poumons, sont les parties les plus exposées à ces métastases; le foie, quand il s'agit de lésions du tube digestif, les poumons, lorsque les membres sont affectés. Ajoutons que les tumeurs carcinomateuses secondaires ont d'autant plus de tendance à se produire que le tissu dans lequel la tumeur primitive a pris naissance est plus vasculaire, et que les éléments qui la constituent sont plus jeunes. Ces tumeurs secondaires ont un volume qui varie d'un pois à un marron ou un œuf; elles sont arrondies, avec dépression centrale, d'une forme quelquefois un peu différente de celle de leur foyer d'origine. Histologiquement, elles ne diffèrent pas du tissu de la production mère; elles sont composées des mêmes éléments, mais ceux-ci peuvent être à une période moins avancée de leur évolution.

C'est au moment où apparaissent les tumeurs secondaires que la maladie change d'allure et que l'état général du malade se modifie.

L'infection par les capillaires et les veines est la conséquence de la pénétration du cancer dans ces vaisseaux; elle diffère de l'infection par les lymphatiques en ce qu'elle se fait directement et sans altération ganglionnaire préalable.

Les néoplasies épithéliales sont habituellement accompagnées d'une *altération générale des tissus*, qui offre la plus grande ressemblance avec les modifications que l'âge imprime à l'économie. Le cœur est chargé de graisse et ses fibres musculaires sont souvent altérées; la tunique moyenne de l'aorte a subi la dégénérescence graisseuse; les poumons sont pâles, emphysémateux; le cerveau est petit et anémié; les os, friables et raréfiés, se tranchent facilement avec le couteau, plus souvent ils sont sclérosés; les muscles sont pâles et amincis, parfois stéatosés; la peau est fine, écailleuse, atrophiée.

Je vous rappelle enfin que c'est dans le cancer, et notamment à la suite du cancer de l'utérus, qu'on observe le plus fréquemment l'*endocardite villeuse ou verruqueuse.*

Quant au *sang* nous étudierons plus loin les modifications chimiques qu'il présente, en faisant l'étude des tromboses spontanées des cancéreux.

Des notions un peu arides d'anatomie pathologique que je viens de résumer, vous voudrez bien retenir avant tout quelques lignes principales que je vous rappelle ici:

1° Il ne se développe de cancer primitif que dans les organes pourvus d'épithélium.

2° Le cancer débute constamment sur un point unique, et jamais dans plusieurs organes à la fois, ni sur plusieurs points du même organe.

3° Il peut se développer dans un même organe autant de variétés de cancer qu'il existe de variétés d'épithéliums à l'état normal.

Ce dernier point est particulièrement important à connaître pour le pathologiste. Chaque variété d'épithélium ayant sa physionomie et son évolution particulières, vous pouvez vous rendre ainsi compte qu'un même organe comme l'utérus, par exemple, puisse donner naissance à deux cancers d'allures aussi dissemblables que le cancer du corps de l'organe (épithéliome cylindrique) et les cancers du col (épithéliomes pavi-

menteux). Même différence existe pour le foie, où la végétation de l'épithélium biliaire engendre une tumeur tout à fait distincte de l'épithéliome parenchymateux du foie, jadis décrite par moi sous le nom d'*adénome hépatique* et que certains auteurs regardent encore comme une complication de la cirrhose. Je pourrais multiplier les exemples, en prenant d'autres organes, mais je m'efforce de ne pas sortir du cadre d'une description générale.

Rappelez-vous encore, Messieurs, que la cellule cancéreuse, véritable et seul agent de la dissémination morbide, peut se greffer directement sur les tissus qui viennent à son contact, ou être entraînée dans les organes par le courant sanguin ou par le courant lymphatique. A chacun de ces trois modes correspondent des formes spéciales d'extension ou de généralisation cancéreuses. Souvenez-vous des greffes cancéreuses, des embolies cancéreuses et des tumeurs secondaires. Souvenez-vous que ces dernières, à l'encontre de la tumeur primitive quelquefois plus petite et moins apparente, peuvent siéger dans les tissus de nature conjonctive, dans les os, dans les ganglions; qu'à l'encontre encore de la tumeur primitive, elles peuvent être indéfiniment multipliées, au point même parfois d'envahir les viscères et les séreuses d'une quantité innombrable de granulations et de noyaux cancéreux *(carcinose miliaire)*.

(*Journal de Médecine interne*, 1-15 novembre 1897).

(A suivre).

TRAITEMENT DE LA LEUCOPLASIE BUCCO-LINGUALE

par le Dr PAUL DE MOLÈNES

On peut résumer en deux propositions le traitement des leucokératoses : 1° les leucokératoses qui tournent mal sont celles qui auront été mal traitées ou traitées tardivement ; il faut donc combattre les manifestations buccales dès leur apparition. 2° Aussitôt que les plaques se transforment et s'éloignent du type normal, pas de demi-mesures ; il faut agir et les extirper complètement.

Ceci posé, examinons les différentes éventualités qui se présen-

tent dans le cours des leucokératoses. Tout d'abord il convient de faire disparaître toutes les causes d'irritation de la muqueuse bucco-linguale. On interdira d'une façon *complète* l'usage du tabac sous toutes ses formes, ce qui est certes d'absolue nécessité, mais n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense.

On supprimera également tous les alcools, les mets irritants et épicés, le sucre, le vinaigre, les liquides ou aliments brûlants ou glacés, enfin les corps durs susceptibles d'excorier l'organe.

La bouche, si sensible chez les malades atteints de leucoplasie, sera l'objet de soins de propreté constants ayant pour but de s'opposer à la stagnation des résidus alimentaires qui tendent à s'accumuler dans les interstices dentaires et surtout dans les fissures interpapillaires. La bouche, on le sait, contient une flore abondante ; les microbes tant saprogènes que pathogènes s'y trouvent en nombre considérable, qui profiteront des plus petites fissures, des moindres exulcérations : Il y a donc un intérêt majeur à pratiquer très rigoureusement l'antisepsie ou même l'asepsie buccale et aussi gastro-intestinale, car nous avons signalé la fréquence des troubles gastro-intestinaux. Pour répondre à ce but, il faut prescrire des lavages fréquents, bi-quotidiens de la bouche avec des solutions antiseptiques, ou avec des pâtes appliquées à l'aide d'une brosse à dents bien douce : Eaux, élixirs à base de résorcine, de salol, de menthol, de naphtol associés ou isolés, eau oxygénée, solutions alcalines : Pâte dentifrice avec :

Fleur de soufre	50 grammes.
Magnésie calcinée . . .	30 grammes.
Naphtol.	4 grammes.
Résorcine	2 grammes.
Menthol.	1 gramme.

Glycérine Q. S. pour faire une pâte.

Comme antiseptique intestinal, c'est aux purgatifs salins ou cholagogues répétés que nous donnons la préférence, ainsi qu'au salol associé à la magnésie et au bicarbonate de soude.

Il ne faut pas oublier également d'examiner avec grand soin la denture et de la faire améliorer par le dentiste, alors même que les lésions dentaires seraient fort peu appréciables ; les pièces prothétiques seront tenues dans un état de propreté absolue, et enlevées chaque fois qu'elles ne seront pas indispensables,

L'hygiène de la bouche étant assurée, il convient, avant de soigner les lésions leucokératosiques, d'en rechercher la cause probable, et d'appliquer un traitement général approprié.

Nous avons déjà dit à plusieurs reprises combien la syphilis était fréquente dans les antécédents des malades.

Dans ces cas, et malgré les réserves que nous avons émises, le médecin doit au moins faire une tentative de traitement spécifique,

avec la plus extrême prudence et la plus grande surveillance possible ; il est en effet certain, surtout quand l'affection n'en est qu'à son premier stade, que le mercure et l'iodure de potassium ont donné de très bons résultats, si bons même, que des malades ont été considérés comme guéris ; mais avec E. Besnier, nous ferons observer qu'on ne doit inscrire sur la liste des guéris que ceux revus après plusieurs années. Quoi qu'il en soit et pour éviter la stomatite, le mercure sera de préférence administré par la voie hypodermique : si l'iodure est toléré, on forcera la dose jusqu'à 6 et 8 grammes.

Malheureusement, lorsque l'affection est constituée, l'efficacité de ces médicaments n'est que trop souvent illusoire, et il n'est pas rare de voir survenir une poussée manifeste et quelquefois intense, surtout quand existe le type papillomateux.

Toutes les conditions diathésiques, arthritiques, goutteuses, diabétiques, oxaluriques, azoturiques, phosphaturiques, etc., ne sont pas moins difficiles à atteindre que la syphilis ; mais du moins leur traitement ne peut être nuisible à l'affection locale, bien au contraire. Il serait trop long d'énumérer tous les médicaments, toutes les eaux minérales qui conviennent à ces états pathologiques.

Nous indiquerons seulement les alcalins, les sels de lithine, les eaux de Vichy, Vals, Royat, Saint-Christau, etc., l'arsenic enfin dont bénéficieront surtout, d'après E. Besnier, les sujets à hérédité dermatosique; mais nous pensons qu'il ne faut pas craindre d'en donner, quand il est bien supporté, des doses plus élevées que celles qu'on prescrit communément.

Abordons maintenant le *traitement* purement *local*, beaucoup plus important.

Trop souvent les médecins inexpérimentés et aussi les malades préfèrent l'emploi des médications dites actives qui généralement aggravent l'affection au lieu d'en arrêter la marche. C'est ici qu'il faut surtout se pénétrer du vieil aphorisme « Primum non nocere ».

Je me suis, en effet, toujours mieux trouvé des procédés de douceur, bien entendu quand les lésions ne sont pas trop accentuées. E. Besnier et Schwimmer sont absolument d'accord pour conseiller une médication *négative*, c'est-à-dire anodine et non irritante.

Parmi ces moyens anodins, je citerai particulièrement les bains de bouche et les pulvérisations répétées régulièrement plusieurs fois par jour et même dans la nuit. Ces bains de bouche doivent être tièdes et durer deux minutes environ : nous recommandons les liquides suivants : Bicarbonate de soude, 2 à 3 pour 1000. — Décoction de feuilles de coca 2 pour 1000. — Décoction de guimauve et de pavot avec une cuillerée à soupe de sirop diacode pour 250. — Salicylate et bicarbonate de soude ââ 1 pour 100 (Besnier). — Solution d'acide salicylique au 3mo, cinquante gouttes dans un verre d'eau. Infusion de baies de myrtille (Winternitz). — L'eau de Saint-Chritau

(Source des Arceaux), qui renferme 3 pour 10000 de sulfate de cuivre par litre, l'Eau de Vichy (Source d'Hauterive) et l'Eau de Challes seront employées de préférence en fumigations.

Il est un mode de pansement de la muqueuse bucco-linguale généralement peu adopté, et qui cependant rend de grands services, est bien toléré, calme l'état de sécheresse et de tension. et favorise la cicatrisation des petites ulcérations et des fissures ; je veux parler des *onctions grasses* avec l'axonge, ou la glycérine neutre, ou la vaseline liquide, ou même enfin la vaseline de bonne qualité, additionnées de substances médicamenteuses peu irritantes et à doses faibles, telles que le baume du Pérou 1 à 5 pour 100 — l'iodol, le salol, l'aristol, l'acide salicylique 1/2 à 1 pour 100. Dans le même ordre d'idées, E. Besnier recommande encore les balsamiques, l'*huile de cade vraie, pure et non brûlée*, ou l'huile de bouleau également non falsifiée : « un pinceau ou encore le doigt imprégné d'une très petite quantité de ces préparations fait une friction douce d'abord, puis plus énergique quand la tolérance s'est établie, sur la surface leucokératosique et un peu au pourtour : cette application, d'abord faite une ou deux fois dans les 24 heures, est ensuite renouvelée plus souvent, selon la tolérance, qui est très variable avec les cas et les sujets. »

Contre les *douleurs des fissures* on pourra employer encore la papaïotine (Schwimmer) pure ou même en solution (solution de 5 pour 100 dans parties égales d'eau et de glycérine : 2 à 6 applications par jour , — ou bien l'acide chromique pur appliqué avec un pinceau *par le médecin* sur les exulcérations ou dans les fissures — ou le baume du Pérou pur (Rosemberg) (1) que nous avons nous-même employé plusieurs fois avec un certain succès, — ou enfin des solutions de cocaïne à 1 pour 30 ou 40 d'eau distillée.

Si l'affection est plus avancée, ou si les lésions continuent à progresser, il devient alors nécessaire d'agir plus activement sur le processus dyskératosique, sans cependant provoquer de l'irritation.

En résumé, il ne faut employer les agents irritants qu'avec la plus extrême réserve, les caustiques surtout. Le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure même très dilué, la teinture d'iode, le chlorate de potasse, les astringents sont le plus souvent mal supportés. L'acide chromique (1 pour 10, pour 20, pour 30), le chlorure d'or en poudre, l'iodoforme. donnent des résultats inégaux, ainsi que le baume du Pérou que nous réservons pour les fissures douloureuses. Unna recommande une solution alcoolique concentrée de résorcine. Schwimmer et Joseph (2) ont employé avec des succès variables l'acide lactique concentré et l'*acide salicylique* à la dose de 10 à 15 grammes dissous dans 30 grammes d'alcool et 30 grammes d'eau distillée. De Watras-

(1) Rosemberg, *Therapeut Monatshef.*, 1888, n° 10.

(2) Joseph Beitrag zur Therapie der Leucoplakia (*Deutsch. med. Wochenschrift*, n° 43, 1885.)

zewski (1) préconise les applications d'une solution de bichromate de potasse. Il faut commencer par une solution au cinquantième et arriver progressivement à des solutions à 1/25, 1/20, 1/10, enfin, d'après cet auteur, le bichromate de potasse diminue l'hyperthémie et produit la guérison en donnant plus de résistance aux tissus soumis à son action.

Ces différentes applications jointes aux bains de bouche répétés, aux onctions grasses, peuvent provoquer une amélioration des plus manifestes et même durable. Une cicatrice blanche ou rosée, lisse ou souple, surviendra qui ne s'ulcérera à nouveau que si le malade recommence à fumer ou à faire des excès de toutes sortes.

Lorsque tous ces moyens ont échoué, si la lésion continue à évoluer, un traitement radical énergique s'impose, mais il aura d'autant plus de chances de réussite qu'il aura été pratiqué dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire dans la période prépithélioma-teuse, dont la durée, nous le savons, est parfois fort longue. Tous les chirurgiens sont unanimes à reconnaître que la thérapeutique chirurgicale du cancer de la langue se trouve ramenée à la question du diagnostic précoce, et, par conséquent, de l'intervention précoce. Il ne faut donc pas attendre pour intervenir que l'état papillomateux soit constitué ou que les ganglions soient envahis. Toute plaque qui s'éloigne du type simple, toute saillie anormale ulcérée doit être immédiatement extirpée : toute ulcération profonde rebelle aux diverses médications doit être abrasée.

Divers procédés chirurgicaux simplifiés par l'emploi des anesthésiques et rendus pratiques grâce à l'antisepsie et l'asepsie aussi bien de l'opération que de l'opérateur sont employés pour détruire les éléments leucoplasiques. Le plus simple consiste dans la destruction des plaques avec la curette, la rugination, opération parfois assez saignante. Quand l'hémorrhagie est arrêtée, il faut panser la plaie soit avec des poudres (iodoforme, aristol, salol, europhène), soit plutôt avec les corps gras. La destruction avec le thermo-cautère ou même le galvano-cautère, largement pratiquée, nous semble préférable à la rugination. Mais, quoi qu'il en soit, il faut enlever *toutes* les plaques suspectes *sans exception* et faire une véritable dissection, une *décortication* radicale de la muqueuse.

Dans ces conditions, on peut obtenir une cicatrice qui peut être durable, quand l'opération a été bien faite et alors que les lésions n'étaient pas extrêmement avancées. Malheureusement on sait que les récidives peuvent apparaître après 4, 5 ans et même davantage de santé parfaite. Aussi faut-il continuer à surveiller son malade avec le plus grand soin et ne pas hésiter à l'opérer de nouveau dès que survient quoique ce soit de suspect.

(1) De Watraszewski. — Congrès internat. de Dermatol. et de Syph. Paris, 1889. Comptes rendus, p. 143.

Enfin, s'il y a récidive dans la cicatrice ou dans les ganglions, si l'épithéliome apparaît dans la totalité, ou, comme cela s'observe plus souvent, dans une partie de l'organe, il faut passer la main au chirurgien qui pratiquera l'excision en bloc au bistouri, et avec E. Besnier nous ajouterons : « Même dans les cas d'épithéliomes avancés, on peut obtenir la guérison véritable, quand on a su, autant par la perfection de la réunion chirurgicale que par la sévérité de l'asepsie, se mettre à l'abri de l'infection mixte, secondaire si rapidement funeste des ganglions cervicaux. » (Journ. de Méd. et chir. pratiques. Paris, 25 janvier 1898).

ANALYSES

Appareil de la locomotion

Fraikin. — *Sarcome de l'os coxal ayant envahi la vessie et l'S iliaque.* (Journ. Méd. Bordeaux, 23 janvier 1898).

Sur un sujet porteur d'une tumeur pelvienne et mort cachectique et urémique, on a relevé les lésions suivantes : Tout le petit bassin est envahi par une tumeur, dure par endroits, ramollie et kystique à d'autres endroits, laissant s'écouler un liquide jaune, fétide, mêlé de grumeaux.

Elle prend manifestement naissance au niveau de l'os coxal, en arrière de la ligne innominée, à la partie supérieure et interne de l'ischion gauche. La masse néoplasique envoie dans le triangle de Scarpa, suivant le canal crural et venant comprimer la veine fémorale qui est dure et noueuse, un prolongement adhérent.

L'S iliaque est envahi dans toute son étendue, mais non ulcéré. La vessie est englobée dans la tumeur. Il est très difficile de trouver sa cavité tellement ses parois sont épaissies et ramollies. Cependant, par places, la muqueuse persiste encore.

Les reins sont hypertrophiés. Les bassinets contiennent un liquide louche, purulent. Rien d'important à signaler aux autres organes.

L'*examen microscopique* a montré que la tumeur était constituée par du sarcome fuso-cellulaire. L'S iliaque et la vessie sont infiltrés par le néoplasme. Les reins présentent des lésions très avancées de l'épithélium ; il y a peu d'augmentation du tissu conjonctif.

A. Besson. — *Sarcome de la clavicule droite. Ablation totale.* (Rev. Sc. Méd. Lille, 7 mai 1898).

Le point intéressant de cette observation, recueillie sur une femme

de 39 ans, déjà opérée d'un sarcome du maxillaire inférieur 9 ans auparavant, consiste dans le rétablissement des mouvements du bras après l'ablation totale de la clavicule. Trois semaines après l'opération, la malade avait recouvré l'intégrité de tous les mouvements du bras.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes développé aux dépens du périoste.

Ch. Le Roy. — *Ostéosarcome de la cuisse avec propagation ganglionnaire dans l'abdomen chez un enfant de 5 ans.* (Rev. Sc. Méd. Lille, 6 août 1898).

Enfant de 5 ans porteur d'une volumineuse tumeur de la moitié inférieure du fémur. De plus on note, dans l'aîne, plusieurs ganglions indurés et des paquets ganglionnaires, dans l'abdomen, le long des corps vertébraux. Pas d'opération. Au point de vue héréditaire on a relevé, chez la mère, l'existence d'une tumeur du bord supérieur du maxillaire inférieur opérée 11 ans auparavant et non récidivée.

Appareil de l'innervation

V. Hoesslin. — *Un cas de tumeur cérébrale.* (Journ. de clinique infantile, 21 juillet 1898).

Un garçon de neuf ans est atteint depuis plusieurs mois de polyurie et de polydipsie. L'urine ne contient point d'éléments pathologiques. Pas de syphilis héréditaire dans l'anamnèse, rien de particulier à l'examen des organes urinaires. Quelques mois plus tard, céphalée intense. vomissements fréquents, marche vacillante, troubles de la vue, paralysie des muscles oculo-moteurs et des pupilles. Quelques jours après, mort.

A l'autopsie on trouve : sarcome de la grosseur d'une noix, qui a complètement détruit le corps quadrigéminé ; l'aqueduc de Sylvius est comprimé et en partie détruit.

A. Grenet. — *Tumeur sarcomateuse de la base du cerveau.* (Soc. anat. Par., janv. 1898).

Enfant de 4 ans. Début de la maladie par des accidents méningitiques auxquels ont succédé de la parésie et de l'atrophie des membres inférieurs avec contractures, strabisme, perte partielle de la parole. Mort. A l'autopsie, tout le losange opto-pédonculaire est envahi par une tumeur, qui comprime les parties périphériques. Histologiquement, il s'agissait d'un sarcome.

M. Dide. — *Tumeur cérébrale avec crises d'épilepsie ayant débuté à 66 ans.* (Soc. anat. Paris, février 1898).

Homme de 68 ans, atteint de démence. Il y a deux ans, première attaque d'épilepsie généralisée : dans la suite, nouvelles et fréquentes attaques. Mort de pneumonie.

L'autopsie révèle l'existence d'une tumeur (sarcome), du poids de 17 grammes, ronde, de la grosseur d'un œuf de pigeon, développée dans l'arachnoïde. Elle était exactement médiane, située à la base, entre les lobes frontaux, peu adhérente aux méninges sus et sous-jacentes.

A. Frankel. — *Deux cas de tumeur de la moelle avec autopsie.* (Soc. Med. int. Berlin, 16 mai 1898).

1° Homme de 33 ans. Douleurs pongitives dans les muscles du cou et des épaules suivies de parésie des quatre membres, puis de paraplégie avec troubles de la respiration et de la déglutition. Mort. A l'autopsie on a découvert un gliosarcome développé dans le bulbe et ayant comprimé la moelle.

2° Jeune homme de 21 ans. Contusion de la hanche droite suivie de douleurs irradiées jusqu'au genou. Deux ans plus tard, faiblesse avec rigidité des membres inférieurs, puis contractures et paraplégie complète avec anesthésie. A l'autopsie, tumeur ayant détruit la moelle au niveau de la 9e vertèbre lombaire. C'était un névro-épithéliome.

Appareil des sens spéciaux

Clavelier et **Landrevie.** — *Traitement des épithéliomas de la face et des paupières par le bleu de méthylène.* (Médecine mod., 27 juillet 1898).

Le bleu de méthylène combiné au curetage des parties morbides peut donner des guérisons durables des épithéliomas cutanés et doit être préféré aux autres traitements médicaux moins actifs. Dans les cas récents, il amène une guérison rapide ; dans les cas anciens avec destructions étendues, on doit le préférer tout d'abord à l'extirpation sanglante, car il permet de mieux limiter les excisions, de surveiller la marche de la tumeur ; dans les cas les plus défavorables, il améliore toujours en désinfectant la tumeur et peut servir de temps préparatoire à l'extirpation.

Voici la pratique suivie par les auteurs :

Tout d'abord, ils appliquent des compresses d'une solution de sublimé à 1/1000, chaude, de façon à pouvoir détacher facilement les croûtes qui recouvrent d'une façon générale ces épithéliomas.

Puis, ils recouvrent la plaie de lamelles minces de coton imbibées d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/50.

Quelques minutes après, on procède au curetage de la plaie. La curette est dans ces circonstances un instrument précieux et rendant à la main des sensations d'une délicatesse infinie sur la consistance des tissus. En faisant ce temps de l'opération on sent parfaitement que les tissus morbides sont mous et faciles à détacher, tandis que les tissus sains exigent un effort presque violent pour être entamés par la curette. La main sent donc parfaitement jusqu'où elle doit aller. Il faut alors, par des irrigations froides, obtenir l'arrêt complet de l'hémorragie en nappe qui se produit au fur et à mesure qu'on arrache les produits néoplastiques. A ce moment, la plaie est parfaitement nette, en général fortement creusée dans son centre. Il faut obtenir la disparition de tous les bourgeons saillants qui peuvent encore exister sur la plaie ou sur ses bords.

Cela fait, on doit être en présence d'une plaie normale, et quand l'hémorragie est entièrement tarie, on appliquera une légère couche de bleu de méthylène en poudre ou en pâte. Il est utile, pendant les premiers jours, de couvrir la plaie d'un pansement : celui-ci est indispensable dans les cas où la lésion siégeant à la face constituerait une plaie désagréable à voir.

Il suffit de faire le pansement tous les deux ou trois jours pendant les premières semaines et avoir le soin de bien laver et nettoyer la plaie pour se rendre un compte exact de son aspect et de ses progrès.

On supprime avec la curette les points saillants qui semblent être de nature douteuse; le travail de réparation n'en devient que plus actif ; si ce travail semble se ralentir, on fait des attouchements avec une solution d'acide chromique à 1/5 ou 1/10.

Au bout de quelques jours, on peut voir les bords de la plaie se couvrir d'une couche épidermique mince, rosée et parfaitement lisse; le bord qui entoure la plaie est plongeant vers elle ; petit à petit cette surface de cicatrisation augmente en étendue et finit par donner, aux lieu et place de l'épithélioma, une peau parfaitement uniforme, d'une coloration rosée plus accentuée que la peau du voisinage. Cette coloration rose persiste pendant fort longtemps et nous avons vu des malades chez qui elle était apparente deux ans après la guérison, mais elle était cependant moins vive.

Fage. — *Le sarcome des paupières.* (Médecine moderne, 7 mai 1898).

Le sarcome primitif des paupières est une tumeur rare dont on ne trouve qu'une quinzaine d'observations, dont deux sont personnelles à l'auteur.

Il n'y a guère qu'avec le chalazion que le sarcome puisse être confondu au début de son développement. Le diagnostic est plus

facile quand le sarcome acquiert un certain volume, s'étalant à travers toute la paupière en une masse dure, un peu bosselée, recouverte d'une peau amincie, violacée, surtout si le ganglion préauriculaire est déjà envahi. Le sarcome qui a son point de départ dans la conjonctive palpébrale est généralement pédiculé, saillant dans le cul-de-sac conjonctival, sans tendance marquée à gagner du côté du tarse.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit en général de sarcomes à éléments jeunes, cellules rondes à gros noyau et cellules fusiformes courtes. On trouve aussi le sarcome fasciculé. Une bonne moitié des cas sont des sarcomes pigmentés qu'on considère comme plus graves au point de vue de la propagation au système lymphatique. Le diagnostic microscopique doit s'appuyer sur le point d'origine et sur le mode de développement de la tumeur plutôt que sur la forme et le groupement des éléments histologiques qui la constituent.

Quelle que soit la gravité du pronostic, la guérison n'est pas impossible (cas de Zimmerman et de Fage), à condition qu'on fasse une extirpation complète avant l'envahissement des ganglions.

Venneman. — *Quelle est la nature du cancer mélanique de la conjonctive ?* (Médecine mod., 7 mai 1898).

L'auteur décrit dans l'épithélium conjonctival des cellules étoilées placées entre les cellules épithéliales ordinaires. Ce sont ces cellules qui, dans le cancer mélanique, se chargent de pigment noir-sépia. Au début le cancer mélanique est donc un épithélioma. La pénétration des bourgeons vasculaires du réseau capillaire dermique dans cet épithélioma ne peut changer le caractère épithélial de la tumeur. Semblable aux glandes envahies par le réseau capillaire, comme le foie par exemple, l'épithélioma mélanique cesse d'être typique, c'est-à-dire avasculaire : c'est un épithélioma remanié ou vascularisé. Les cellules étoilées de l'épithélium sont les cellules protectrices des fibrilles nerveuses terminales intra-épithéliales. L'épithélioma mélanique est donc un névrome périphérique intra-épithélial, analogue au gliome. Les nœvi mélaniques, ayant absolument la même structure que l'épithélioma mélanique au début, sont des épithéliomas en germe, par conséquent de vrais noli me tangere.

Fauvel. — *Sarcome mélanique de la conjonctive. Extirpation. Guérison.* (Rev. Sc. Méd. Lille, 13 août 1898.)

Homme de 70 ans. Début de l'affection il y a deux ans, sous forme d'une petite tumeur au côté interne de l'œil droit. Deux ablations suivies de récidive.

En juin 1898 on note, au côté externe de la conjonctive bulbaire, une tumeur molle, irrégulière, de la grosseur d'une lentille ; elle est

rosée en dedans et présente sur le bord externe deux taches noires. Pas d'adhérences avec la cornée ni avec la sclérotique. Pas d'engorgement ganglionnaire. Ablation. Au microscope, sarcome mélanique.

Kopff. — *Epithélioma volumineux de la conjonctive bulbaire.* (Médecine mod., 11 mai 1898).

Homme de 73 ans, porteur d'une volumineuse tumeur de l'œil gauche faisant saillie entre les paupières et présentant dans cette portion extra-palpébrale l'aspect d'un gros marron de trois centimètres d'épaisseur et de six centimètres dans son diamètre transversal, sur cinq dans le diamètre vertical. En cinq mois cette masse néoplasique a acquis le développement actuel. Enucléation.

L'examen microscopique fait après l'énucléation permet de constater l'intégrité absolue du globe oculaire qui ne s'est laissé pénétrer dans aucun de ses points, même du limbe scléro-cornéen, son point faible. L'examen microscopique démontre l'intégrité de tous les milieux de l'œil. La cornée elle-même a résisté à l'envahissement et son épithélium intérieur est simplement aplati par la compression exercée par les éléments néoplasiques. Il s'agit d'un épithélioma lobulé et tubulé qui a pris naissance aux dépens de la conjonctive bulbaire, et notamment de la couche des cellules basales. L'épithélium de la cornée ne présente que des lésions atrophiques provenant de la compression exercée par le néoplasme. Le reste de son tissu, ainsi que celui de la conjonctive, ne présente que des lésions irritatives.

Guilbert. — *Deux cas de sarcome mélanique de la choroïde.* (Médecine mod., 11 mai 1898).

Ces deux cas de sarcome de la choroïde sont survenus, l'un chez une femme de 49 ans, l'autre chez un homme de 54 ans. Le premier a été énucléé le 30 septembre 1897, le second a subi la même opération le 14 octobre 1897. Les deux analyses histologiques faites par le docteur Lagrange, de Bordeaux, montrent qu'il s'agit bien de sarcomes mélaniques de la choroïde.

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, trace de récidive. L'auteur, rappelant deux autres observations personnelles : un cas de sarcome survenu sur une vieille hernie de l'iris, opéré également depuis 7 ans sans récidive, et un cas de sarcome mélanique de la paupière, opéré depuis 3 ans avec un plein succès, pense que les sarcomes de l'œil, de la choroïde en particulier, ne sont pas aussi dangereux que l'on a bien voulu le dire, à la condition expresse que l'on opère dès le début, alors que la tumeur est entièrement intra-oculaire ; si l'orbite est envahi, l'exentération n'empêchera pas le récidive qui est fatale. C'est pourquoi il se contente de l'énucléation à la première et à la seconde période de l'affection.

Langlais. — *Mélano-sarrome de la choroïde. Généralisation.* (Soc. Sc. Méd. Lyon, 1898).

Homme de 56 ans. En 1884, à la suite d'un traumatisme ayant entraîné la perte de la vision de l'œil droit, énucléation de cet œil. Sur la pièce on constate trois taches mélaniques ayant leur point de départ sur la choroïde.

Douze ans plus tard développement d'un mélano-sarcome intra-orbitaire du côté droit. Extirpation de la tumeur, bientôt suivie de généralisation étendue et de mort.

Gayet. — *Un cas de néoplasme oculaire (cancer mélanique) diagnostiqué.* (Province Méd., 18 juin 1898).

Jeune homme de 23 ans ayant, à la suite d'accidents inflammatoires, perdu la vision d'un œil il y a deux ans. Depuis quelques jours, nouvelle crise douloureuse avec déplacement de l'œil du côté externe sans protusion, saillie déformante à sa partie interne, énorme dilatation pupillaire et diminution des mouvements du globe oculaire. On porte le diagnostic de néoplasme de la choroïde développé à l'insertion du droit externe, ce qui a été confirmé par l'opération.

Valude. — *Trois cas de tumeur orbitaire chez l'enfant.* (Médecine mod., 4 mai 1898).

L'auteur a observé dans le cours de l'année dernière trois cas de tumeur orbitaire chez des enfants de moins de un an.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un endothéliome mixte, du type de ceux bien étudiés par M. Van Duyse. Une prolifération intra-oculaire était constituée par du gliome et la tumeur principale remplissant l'orbite allait jusque dans le cerveau. Bien entendu, l'opération dut être incomplète et il est d'ailleurs probable que la tumeur provenait de l'endothélium de la pie-mère.

Le second cas était un sarcome pur, à grandes cellules fusiformes du nerf optique. Le sarcome venu de la gaîne du nerf s'étendait surtout en arrière ; mais cependant la tumeur put être enlevée en totalité par éviscération de l'orbite, et actuellement, après 9 mois, il ne s'est pas produit de récidive et l'enfant est en très bonne santé.

Le troisième enfant portait une tumeur volumineuse de l'orbite qui englobait le nerf. L'examen de la pièce démontra, après la ponction exploratrice, qu'il s'agissait d'une tumeur formée de graisse compacte, d'un volumineux noyau de cartilage avec au centre une cavité kystique étroite, revêtue d'épithélium cylindrique, caliciforme à cils vibratiles, à franges multiples remplissant la cavité. Cette tumeur appartient donc au type des tumeurs congénitales *mucoïdes*

provenant, d'après M. Panas, d'une involution de la muqueuse nasale.

Au point de vue clinique, ces trois faits offrent à remarquer ceci que, bien que ces enfants fussent porteurs de néoplasmes différents de nature et surtout de pronostic, il était impossible de s'en rendre compte avant l'extirpation de la tumeur ; ils étaient tous, en effet, de bonne santé apparente et sans aucun antécédent particulier.

Delie. — *Sarcome endothélial ou angio-sarcome du cornet moyen.* (Méd. mod., 11 mai 1898).

Une dame de 59 ans avait depuis un an subi, pour une obstruction de la narine gauche, diverses cruelles tentatives d'extraction d'une tumeur qui occupait la fosse nasale gauche. Elle était sujette à d'abondants épitaxis spontanés et chaque manœuvre opératoire avait été suivie d'hémorragies inquiétantes. A la suite d'une attaque d'influenza, la joue gauche se gonfla d'une façon démesurée et causa l'occlusion des paupières ; une céphalalgie violente se déclara dans toute la moitié correspondante de la tête. La malade devint sourde et dyspnéique ; un amaigrissement notable était survenu à la suite des souffrances et de l'insomnie ; le teint était pâle et les muqueuses décolorées, la joue gauche était fort développée, l'œil semblait refoulé en avant et en dehors, et apparaissait notablement agrandi ; l'obstruction nasale était absolue, la malade éprouvait des douleurs lancinantes continues avec des périodes d'exacerbation ; elles occupaient la joue et s'irradiaient souvent vers la tête, avec points frontal et sus-orbitaire très violents, et point occipital supportable. On ne trouvait aucun ganglion dans le cou, la nuque, ni le triangle sus-claviculaire.

Examen local : la rhinoscopie antérieure montre une tumeur rouge, d'aspect régulier, occupant les parties supérieure et moyenne du nez; elle a refoulé la cloison et le cornet inférieur. A la rhinoscopie postérieure, on aperçut une tumeur gris bleuâtre obstruant toute la narine.

L'examen histologique de la tumeur en révéla la nature sarcomateuse.

Pas d'opération. Mort cachectique. A l'autopsie, sarcome du cornet moyen avec propagation au cerveau.

Appareil de la digestion

1° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Tuffier et Dujarier. — *Périgastrite gangréneuse antérieure, suite de cancer gastrique.* (Soc. anat. Par. Janv. 1898).

Femme de 50 ans. Albuminurie et anasarque il y a un an. Disparition des accidents par le traitement. Une année plus tard, premiers symptômes d'un cancer de l'estomac et, dans les derniers temps, à la partie inférieure gauche de la région épigastrique, apparition d'une tumeur fluctuante, de la grosseur du poing, présentant les caractères d'un foyer purulent aigu.

Une incision cutanée conduit dans une cavité remplie d'un pus verdâtre fétide, mélangé de gaz. On ne trouve pas de communication gastrique. Suites locales ordinaires, mais au bout de 8 jours affaiblissement général et mort.

A l'autopsie on a constaté que des adhérences unissaient la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale et sur cette face existaient deux perforations stomacales, autour desquelles l'organe était sphacélé. De plus il était le siège d'un volumineux cancer.

Smoler. — *Le sarcome primitif de l'intestin.* (Prog. Med. Woch., mars et avril 1898).

L'auteur publie un cas de sarcome primitif de l'intestin. En 15 ans, à l'Institut anatomo-pathologique de Prague, on n'en a recueilli, sur 1,000 autopsies, que 13 cas. La plupart occupaient une assez grande étendue de l'intestin ; 7 fois le néoplasme siégeait sur l'iléon, 3 fois sur le jéjunum et l'iléon et 2 fois sur le cœcum. En général on a noté en même temps des lésions métastatiques dans les ganglions mésentériques. Histologiquement on a eu affaire à du sarcome lymphadénique.

Après avoir rappelé que ces tumeurs ont été observées 10 fois sur 13 chez l'homme et qu'elles se développent ordinairement entre 30 et 40 ans, l'auteur note qu'on a observé, au niveau du sarcome, une dilatation de l'intestin, ce qui le distingue à première vue du carcinome.

Schlesinger. — *Cancer primitif du duodénum.* (Méd. Mod. Par. 5 Mars 1898).

On avait admis chez le malade une tumeur maligne primitive de la vésicule biliaire. La maladie avait paru débuter par des malaises, de l'ictère, de la fatigue ; le foie était gros et dans sa région on sentit bientôt une tumeur fluctuante qui fut attribuée à un cancer de la vésicule, ayant produit des métastases dans le foie. Le contenu stomacal a été normal

jusqu'à la fin et jamais on n'a constaté de rétrécissement du côté de cet organe. A l'autopsie on trouva un cancer primitif du duodénum s'étendant jusqu'à l'ampoule de Vater, le canal cystique était rétréci, la vésicule dilatée. Le cancer primitif du duodénum très rare ne compte que pour 1,60 des cancers de l'intestin.

Von Bramann. — *Cancer de l'intestin.* (XXVII[e] Cong. all. chir., avril 1898).

Sur 14 opérés de cancers du gros intestin, 6 sont morts des suites opératoires; 8 ont guéri; l'un est mort un an plus tard et les autres, don l'un opéré depuis 6 ans, sont encore vivants.

Gussenbauer a pratiqué 15 opérations, 6 à la région iléo-cœcale et 9 sur le côlon; 5 de ces malades ont succombé à l'opération.

Körte mentionne que plusieurs de ses opérés n'ont pas de récidive, l'un depuis 6 ans 1/2 et les autres depuis 4 ou 5 ans.

R. Lawford-Knaggs. — *Ablation du cœcum, du côlon ascendant et du côlon transverse pour une tumeur maligne. Guérison opératoire.* (The Lancet, 16 avril 1898, p. 1042).

Femme de 33 ans portant une volumineuse tumeur mobile dans le flanc droit. On en pratique l'ablation avec la plus grande partie de l'épiploon. Suture de l'iléon au côlon descendant. Suppuration de la plaie et fistule stercorale pendant plusieurs mois. Guérison. La pièce comprenait la valvule iléo-cœcale, le cœcum, le côlon ascendant et le côlon transverse.

Rabé. — *Cancer massif du rectum avec adénopathie inguinale double et envahissement des uretères.* (Soc. anat. Par., janv. 1898).

Homme mort de cachexie cancéreuse. Le cancer occupait tout le segment péritonéal du rectum, et les uretères, sur une étendue de 7 à 8 centimètres, étaient bosselés, indurés et infiltrés d'éléments cancéreux. Leur cavité était conservée.

Outre cette particularité assez rare de l'envahissement des uretères on notait une adénopathie inguinale double, bien que la région anale fût saine.

A. Deletrez. — *Tumeur ganglionnaire (fibro-myxo-sarcome) du mésentère.* (Ann. Soc. belge chir., 15 juin 1898).

Homme de 58 ans. Troubles gastriques divers depuis 30 ans et dans ces derniers temps amaigrissement avec développement, dans le flanc gauche, d'une tumeur qui est très volumineuse, dure et arrondie. Laparotomie. On fait l'ablation du néoplasme développé entre les feuillets du mésentère; son poids est de 2,500 gr.; sa consistance molle. Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myxo-sarcome.

Schmidt. — *De la lympho-sarcomatose de l'intestin grêle.* (Wiener Klin. Woch., et Rev. gén. de path. int., 5 août 1898).

Schmidt relate deux cas de lympho-sarcomatose de l'intestin grêle.

Dans un cas, un malade de quarante-cinq ans, sujet à une diarrhée profuse depuis quatorze ans, et ayant conservé un bon état général jusques il y a trois mois, fut pris à ce moment de gonflement du ventre, de coliques, et d'œdème des jambes. Jamais il n'y eut de constipation. Le sang montrait de l'augmentation du nombre des hématoblastes, pas de leucocytose, pas d'augmentation des leucocytes mononuclées, quelques cellules éosinophiles. Il y avait un peu d'ascite. Le liquide d'ascite, retiré par ponction exploratrice, montra une desquamation endothéliale très abondante, très peu de leucocytes, ce qui, d'après Quincke, serait en faveur de carcinome ou de tuberculose. Il existait aussi des bandes de cellules polymorphes et de volume varié. Contre l'idée de lymphosarcome, il y avait les phénomènes de sténose, car Kundrat a montré que le sarcome s'accompagne de dilatation.

A l'autopsie, on trouva dans la partie supérieure de l'iléon, sur une étendue de 3 à 4 centimètres, un rétrécissement laissant passer seulement l'index, et à ce niveau il y avait une légère coudure. Au microscope, on voyait du lymphosarcome de l'intestin grêle en plusieurs endroits, en partie ulcéreux, en partie cicatrisé ; adhérence de deux anses de cet intestin répondant à un nodule sarcomateux ulcéré, avec sténose consécutive, dilatation et hypertrophie de l'intestin au-dessus, inflammation catarrhale en partie ulcéreuse de ce dernier, infiltration sarcomateuse diffuse de l'appendice. L'évolution s'était faite en l'espace de seize ans.

Dans le deuxième cas, un homme de vingt-cinq ans présenta comme symptôme important des œdèmes. A l'autopsie, il y avait une lympho-sarcomatose de la partie supérieure du jéjunum, et des lésions tuberculeuses pulmonaires et ganglionnaires. La coexistence de ces deux espèces de lésions a été déjà signalée par Nothnagel, Muller, Rickel. L'auteur croit que ces deux processus ont une origine commune, c'est-à-dire tiennent à une anomalie constitutionnelle héréditaire.

Il insiste sur l'analogie de symptômes avec la tuberculose péritoneale, et sur la combinaison possible de ces deux processus. On devra, dans la tuberculose péritonéale, rechercher s'il n'y a pas de lympho-sarcomatose intestinale.

Les *symptômes généraux* sont les œdèmes sans lésions cardiaque ni rénale et avec peu ou pas d'ascite, leur tendance à diffuser, la cachexie rapide. Dans le sang, on trouve beaucoup d'hématoblastes, peu ou pas de leucocytoses.

Les *signes locaux* sont les douleurs abdominales, le météorisme, rarement la perception d'une tumeur ; les selles sont variables, mais souvent diarrhéiques.

2° Annexes de l'appareil de la digestion.

Bard et **Pic.** — *Glycosurie dans le cancer primitif du pancréas.* (Rev. de Méd. Paris, déc. 1897).

Les conclusions qui terminent cette étude sont les suivantes :

1° La glycosurie au cours du cancer primitif du pancréas s'observe dans deux séries de faits bien différents :

Tantôt il s'agit d'une glycosurie abondante, accompagnée du syndrome diabétique, tantôt il s'agit d'une glycosurie légère, variable, à l'état de phénomène diabétique isolé.

2° Le diabète vrai est indépendant du cancer pancréatique, mais il peut y prédisposer en quelque mesure et, par contre, le développement du cancer peut atténuer ou faire disparaître les phénomènes diabétiques.

3° La glycosurie légère relève de la sclérose ascendante du pancréas qui est le fait de l'obstruction du canal de Wirsung par le cancer ; elle ne s'observe d'ailleurs que dans un petit nombre de cas.

4° La sclérose secondaire du pancréas marche de pair avec la sclérose similaire du foie. Ce parallélisme peut être utilisé en clinique pour le diagnostic du cancer primitif du pancréas.

Verstraete et **Danel.** — *Cancer de la queue du pancréas. Généralisation au foie et au péritoine.* (Rev. Sc. Méd. Lille, 25 juin 1898).

Homme de 57 ans, atteint de douleurs abdominales et de ballonnement du ventre, sans vomissements, depuis 10 jours. Dyspnée intense. Ascite. Incision iliaque ; on reconnaît une carcinose péritonéale généralisée. Mort au bout de 4 jours.

A l'autopsie on a trouvé, outre la généralisation au foie et au péritoine, un cancer de la queue du pancréas du volume d'une orange.

Vandervelde et **Defrise.** — *Tumeurs sarcomateuses multiples de la capsule surrénale, du foie,* etc. (Soc. belge anat. path. 20 mai 1898.)

L'intérêt de cette observation, recueillie sur un homme de 71 ans, consiste dans la coexistence de lésions tuberculeuses anciennes des deux poumons et de tumeurs sarcomateuses dans le foie, les reins, la capsule surrénale et l'appendice.

Appareil de la respiration

Moure. — *Cancer du larynx et thyrotomie.* (Médecine moderne, 11 mai 1898).

L'auteur propose de traiter les tumeurs malignes intra-laryngées bien limitées sans infiltration périphérique de tissus voisins, sans immobilisation du côté du larynx atteint, par la thyrotomie, et, au besoin, la résection partielle du cartilage.

L'opération doit être une thyro-trachéotomie, faite dans une seule séance. L'ouverture de la trachée est considérée, par Moure, comme indispensable, soit pour assurer la respiration dans les jours qui suivent l'opération, soit pour mettre plus facilement le larynx à l'abri des récidives en laissant l'organe au repos pendant la période de cicatrisation.

L'auteur rapporte quatre observations, dont deux ayant trait à des malades opérés l'un depuis six ans, l'autre depuis cinq ans, pour un épithélioma, tous les deux parfaitement guéris aujourd'hui. Dans les deux autres cas, il y a eu une récidive inopérable ; l'un d'eux a été thyrotomisé deux fois, mais le résultat n'est pas encore définitif. Moure conseille de laisser la canule à demeure, pendant au moins six à huit mois et de bien s'assurer du résultat obtenu avant de l'enlever.

Gluck. — *Cancer de l'épiglotte.* (Médecine mod., 6 juillet 1898).

Gluck a montré les préparations d'un cas rare de cancer de l'épiglotte chez un homme de 54 ans ; l'opération a été faite avec succès par la pharyngotomie sous-hyoïdienne après avoir fait l'amputation de l'os hyoïde et de la partie la plus postérieure de la langue. Gluck a rapporté en même temps les cas qu'il a déjà opérés et qui sont tous restés jusqu'à présent sans récidive. Sur 16 cas, 15 ont guéri ; un malade seulement, âgé de 75 ans, est mort, 12 jours après l'opération, de l'intoxication par le chloroforme.

Gluck a décrit aussi une méthode particulière de laryngoplastique, consistant dans une modification de la résection de la trachée pour empêcher le sang de couler dans les opérations sur le larynx ; on laisse pendre l'extrémité inférieure à l'angle de la plaie pour faciliter l'occlusion totale, ce qui n'est pas possible dans l'extirpation hémilatérale du larynx. Gluck forme alors un lambeau cutané pédiculé qu'il transporte sur la plaie fraîche et qu'il suture avec la plaie correspondante. La méthode peut être employée dans les affections laryngées syphilitiques et tuberculeuses.

Bufnoir et Milian. — *Epithélioma pavimenteux du corps thyroïde ayant pénétré dans la trachée.* (Soc. anat. Par., février 1898).

Femme de 52 ans, portant une tumeur du corps thyroïde donnant lieu à des accès de suffocation, au cours de l'un desquels elle succomba. L'autopsie montre que la tumeur (épithélioma pavimenteux) avait pénétré dans la trachée sous forme de végétation et l'avait obstruée.

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme

Girard. — *Epithélioma de la verge. Castration totale.* (Dauphiné Méd., déc. 1897).

Ce fait concerne un sujet de 48 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies suivies d'un rétrécissement très serré de la portion spongieuse et du développement d'un épithélioma de la verge, sans engorgement des ganglions de l'aine.

Girard en a pratiqué l'amputation en enlevant toute la portion spongieuse de l'urètre, les deux testicules et la plus grande partie du scrotum : dans la portion restante il a pratiqué une boutonnière en suturant la muqueuse urétrale à la peau.

Les deux points intéressants de cette observation sont, d'une part, l'amputation totale des organes génitaux externes et, d'autre part, comme l'a montré l'examen de la pièce, le début du néoplasme sur la muqueuse urétrale en arrière du rétrécissement qui a pu agir comme cause déterminante.

2° Organes génitaux de la femme

Boursier. — *Volumineux cancer de l'ovaire.* (Journ. médic. Bordeaux, 10 juillet 1898).

L'auteur présente une tumeur ovarienne volumineuse provenant d'une femme de quarante-sept ans. Réglée à quinze ans, et depuis lors régulièrement et sans douleurs. Pas de pertes blanches. En octobre 1897, elle prit froid en pleine période menstruelle. Arrêt des règles. Douleur, ballonnement. Les règles n'ont pas apparu depuis. Depuis janvier 1898, le ventre a grossi peu à peu, la grosseur a débuté à gauche et en bas. Amaigrissement, pas d'appétit, dégoût de la viande. Constipation. La miction est normale, les urines n'ont ni sucre ni albumine ; 14ᵍ40 d'urée ; les chlorures sont normaux. A l'examen, on trouve un abdomen très gros, contenant des masses volumineuses, marronnées ; il y a de l'ascite. Au palper, sensation

de crépitation neigeuse. Utérus petit, col conique, sénile. Pas de pertes ni d'hémorrhagies.

Trois ponctions sont pratiquées : la première, le 13 mars, ramène 500 grammes de liquide très hématique ; la deuxième, le 22 mars, en ramène 1,300 grammes ; la troisième, le 9 avril, donne issue au début à un liquide légèrement hémorragique, mais qui devient très hémorrhagique à la fin. L'état général devient ensuite bien meilleur.

Le 27 avril, laparotomie ; la tumeur est ponctionnée à l'aspirateur Dieulafoy, qui retire deux seringues de liquide séreux ; elle est ensuite enlevée. Suites normales.

Quant à la tumeur, elle pèse 5k500. Elle est mollasse, friable, anfractueuse, avec des caillots. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de cancer hématode.

Lanelongue. — *Carcinome de l'ovaire gauche et tumeur fibreuse incluse dans le ligament large du côté droit. Transformation carcinomateuse de cette dernière tumeur. Ovariotomie. Guérison opératoire.* (J. M. Bordeaux, 1898).

Il s'agit d'une femme de 44 ans, chez laquelle l'apparition de douleurs abdominales, il y a un an, avait précédé tout autre symptôme. Cette malade, entrée dans le service de M le professeur Lanelongue, avait une ascite assez considérable, symptomatique d'une tumeur ovarique. La laparotomie fut pratiquée le 27 mai 1898. Après avoir extirpé un volumineux carcinome de l'ovaire gauche, on enleva une deuxième tumeur fibreuse envahie par le tissu carcinomateux, qui était incluse dans le ligament large du côté droit ; on constatait ensuite que le pylore était le siège d'une troisième tumeur.

Ce cas est remarquable par la brusquerie des phénomènes douloureux du début qui avaient fait soupçonner une appendicite et par la coexistence de ces trois tumeurs.

Piéry. — *Cancer musculaire lisse de l'ovaire.* (Province Méd., 2 juillet 1898).

Femme de 33 ans. Volumineuse tumeur abdominale que la laparotomie montre développée dans les annexes gauches et complètement indépendante de l'utérus, auquel elle n'était reliée que par une portion de trompe. Elle pesait 1.300 gr. Histologiquement, il s'agissait d'une tumeur à fibres musculaires lisses avec éléments cellulaires jeunes, développée aux dépens de l'ovaire.

H. Duret. — *Cysto-fibromes et cysto-sarcomes de l'utérus. Transformation des fibromes.* (Semaine gynéc. Par., 26 avril 1898).

L'auteur termine cette étude par les conclusions suivantes : Les fibromes utérins ne sont pas toujours des tumeurs bénignes. Ils

prennent, dans un certain nombre de cas, un accroissement rapide et des caractères de malignité, particulièrement à l'époque de la ménopause ou quelque temps après plus spécialement chez les nullipares, ou chez les femmes qui ont eu peu d'enfants.

Cette évolution vers la malignité se caractérise anatomiquement par l'augmentation de volume, la néoformation dans les tumeurs, de foyers, d'îlots gélatiniformes, myxomateux, d'aspect sarcomateux, et par la production de géodes multiples, de lacunes, de cavernes ou de cavités kystiques, donnant naissance à ces variétés de tumeurs qu'on a décrites sous les noms de fibromes mous, infiltrés, gélatineux, fluctuants, ou de cysto-fibromes et de cysto-sarcomes. Ces diverses transformations des fibrômes forment une *échelle* ou *graduation continue*, qui commence par une suractivité, une hyperplasie dans le néoplasme, et qui produit successivement de l'œdème, des cavernes, des cellules myxomateuses, des cellules rondes et des cellules fusiformes, et celles-ci, en définitive, donnent naissance à de nouvelles fibres-cellules musculaires, avec une abondance excessive.

D'après Paviot et Bérard, il s'agirait alors de myômes devenus malins, de *cancers musculaires lisses*. Les géodes et les cavités kystiques ne seraient que des épiphénomènes de cette évolution.

La malignité des fibromes transformés *a des degrés divers* : le plus souvent locale, elle ne dépasse pas l'utérus et les régions voisines. Dans quelques cas plus rares, on observe la généralisation dans le péritoine, dans le poumon, ou dans quelques viscères. (Cas de Condamin, Gouillioud, Duplan et Langerhans.

Les fibromes transformés, les cysto-fibromes, dont l'évolution n'est pas suivie de généralisation, doivent être extirpés par l'hystérectomie abdominale totale, ou par le morcellement in situ. La guérison opératoire est obtenue, et la récidive n'est pas fatale.

O. Werder. — *Nouvelle opération pour le traitement radical du cancer du col; ablation de l'utérus et du vagin par la méthode suspubienne.* (Am. Journ. of Obst., mars 1898.)

Pour prévenir les récidives après ablation du cancer de l'utérus, surtout quand le mal a envahi une grande portion du vagin, l'auteur est convaincu de la nécessité d'enlever le vagin, ou au moins sa portion supérieure en même temps que l'utérus, et il propose la méthode suivante :

Laparotomie ; isolement de l'utérus comme dans une hystérectomie ordinaire ; dissection de la vessie. Cette dissection doit s'étendre très bas, et on doit séparer le vagin de la vessie aussi loin qu'on désire enlever la paroi vaginale elle-même. En arrière, dissection également très avancée de la paroi vaginale d'avec le rectum. Enfin dissection latérale du vagin.

L'utérus et le vagin étant ainsi complètement libérés, la masse

est poussée en bas vers l'orifice pelvien, le vagin est inversé par traction à travers la vulve et amputé au-dessus du fond de l'utérus prolabé.

Toute l'opération est faite sans toucher au col et sans que celui-ci soit mis en contact avec les surfaces cruentées ; on évite ainsi toute possibilité d'infection des tissus sains par les éléments cancéreux.

La cavité pelvienne est fermée, la vessie suturée au-dessus du rectum à la paroi postérieure du bassin.

Kirstein. — *Cancer mélanique de la grande lèvre.* (Soc. Méd. Berl., 25 mai 1898).

Ce néoplasme s'est développé sur un nœvus congénital et s'est rapidement accompagné d'adénopathie inguinale. Ablation du cancer et des ganglions. Deux mois plus tard récidive locale et généralisation ganglionnaire et viscérale. Mort.

3° Annexes de l'appareil de la génération

Hirigoyen et Bergonié. — *Cas de tumeur du sein réputée maligne, guérie par les courants continus.* (J. Méd. Bordeaux, 26 déc. 1897).

Femme de 50 ans, sans autres antécédents pathologiques que des accès de gastralgie il y a une douzaine d'années. Au mois de février 1896, on constate dans le sein gauche une tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, qui augmente progressivement malgré l'emploi de l'iodure intus et extra. La tumeur, qui serait apparue à la suite d'un coup sur le sein, est jugée de nature maligne par plusieurs chirurgiens.

En juin 1896, l'examen révèle l'existence d'une tumeur dure, globuleuse du volume d'une petite orange, un peu plus grosse qu'une mandarine, située au milieu du sein gauche. Cette tumeur est facile à déplacer, et sous la peau et avec la glande; elle est régulière de forme et ne pousse pas de prolongements bien profondément; elle n'adhère pas à la peau; le mamelon n'est nullement rétracté, mais plutôt étalé; aucun écoulement liquide au niveau de ce mamelon; même par la pression, on ne fait sourdre ni sérosité ni sang; il n'y a aucune fluctuation; la tumeur est de consistance très ferme, plutôt dure. Le soulèvement de la peau ne fait pas apparaître le pointillé de la peau d'orange; elle n'est pas plissée, mais seulement assez tendue. Aucune douleur n'est produite par l'examen ni par le mouvement d'élévation ou d'abaissement des bras. L'aisselle ne révèle l'existence d'aucun ganglion ni induration quelconque. Aucun trajet lymphatique marqué n'existe de la tumeur jusqu'à l'aisselle; dans toute cette partie, la peau et les tissus sous-jacents sont souples,

mobiles, indolores; les veines, à la surface du sein, du côté de l'aisselle, du haut de la poitrine, ne sont guère plus développées d'un côté que de l'autre.

Autres organes sains. Urines normales.

La malade est soumise chaque jour à l'action des courants continus. A partir de la dix-huitième séance, la tumeur a commencé à diminuer de volume et, à la trentième séance, on constate qu'elle a entièrement disparu. Dix-huit mois plus tard, la guérison persistait et nulle trace de la tumeur n'était perceptible.

L'auteur remarque, en outre, qu'à partir de la cinquième séance d'électricité, les règles, supprimées depuis plusieurs mois, ont reparu et sont redevenues régulières pendant toute la durée du traitement.

L'absence d'examen histologique ne permet pas de se prononcer sur la nature de cette tumeur, qu'il paraît difficile de considérer comme une tumeur maligne, si l'on se reporte aux signes consignés dans l'observation. L'hypothèse d'une mastite chronique, d'origine traumatique, paraît plus probable.

Marmaduke Sheild. — *De la survie à la suite de l'amputation du sein cancéreux.* (Soc. M. et chir. Lond. 25 janvier 1898).

Relevé statistique de 108 opérations pour cancer du sein. De l'étude de ces cas il ressort que l'ablation du carcinome mammaire d'après l'ancienne méthode dite *incomplète* — où l'on enlève seulement le sein et la peau infiltrée et où l'on n'extirpe les ganglions axillaires que s'ils sont tuméfiés — donne souvent des résultats qui ne sont nullement inférieurs à ceux de la méthode *complète* ou opération de Halsted.

Les observations réunies par l'auteur appartiennent à des chirurgiens anglais et américains et la plupart d'entre elles proviennent de la clientèle privée de ces opérateurs.

Les 108 cas dont il s'agit et dans la plupart desquels les ganglions axillaires n'ont pas été enlevés peuvent être répartis en deux groupes :

L'un comprend 44 cas où la tumeur n'a récidivé, après la première opération, qu'au bout d'une très longue période de temps (six à vingt ans).

L'autre renferme 64 cas de récidives survenues après un laps de temps relativement court, et dans lesquels les opérations secondaires, pratiquées à plusieurs reprises, ont souvent permis aux malades de survivre pendant cinq à trente ans et, dans un cas même, pendant quarante-neuf ans.

Parmi ces faits, il y a surtout lieu de citer celui de MM. Hare et Durham, où 18 extirpations successives du néoplasme chez la même malade ont procuré à celle-ci une survie de dix-neuf ans, ainsi que l'observation de M. Edmund Owen, dans laquelle trois opérations pour récidive locale, toujours chez une même femme, ont donné une survie de vingt années.

De ces faits, l'auteur se croit autorisé à conclure que les bons résultats de l'amputation du sein cancéreux doivent être attribués plutôt à certains caractères particuliers du néoplasme extirpé qu'à la méthode opératoire dont on se sert dans chaque cas.

Laubie et Brengues. — *Coexistence du cancer mammaire et de la tuberculose pulmonaire.* (J. Méd. Bordeaux, 24 juillet 1898).

Femme de 56 ans. Pleurésie deux fois ponctionnée; liquide citrin puis hémorragique sans bacille de Koch. Quelques hémoptysies. En outre tumeur cancéreuse du sein, dont on pratique l'ablation. Peu après crachements hémorragiques, signes manifestes de tuberculose pulmonaire. Bacilles tuberculeux dans les crachats. L'examen de la tumeur révèle un squirrhe à tendances scléreuses.

Généralités

F. J. Bosc. — *Les parasites du cancer et du sarcome (morphologie, répartition).* (Ac. des Scienc., 14 fév. 1898).

Des arguments d'ordre clinique, étiologique et expérimental nous permettent de penser que les tumeurs malignes de l'homme, et en particulier le *cancer* (épithéliome, carcinome) et le *sarcome*, ont une origine infectieuse.

Existe-t-il, dans ces tumeurs, des corps qui se différencient des éléments propres de nos tissus et capables de jouer un rôle pathogène ? Plusieurs auteurs ont décrit des formes qu'ils interprètent comme des parasites, mais elles sont très variables et actuellement considérées comme exclusives les unes des autres.

Nous avons repris cette étude sur un nombre considérable d'épithéliomes, de carcinomes, de sarcomes, mais nous nous sommes gardé de nous baser uniquement, même pour la simple étude morphologique, sur l'examen de coupes histologiques plus ou moins altérées par les réactifs et aux données desquelles on peut toujours opposer des doutes. Toute tumeur a été examinée immédiatement, à l'*état frais*. L'examen comportait l'étude du suc cancéreux, du raclage de la surface fraîche de section recueilli en des points divers de la tumeur présentant une particularité : points jaunâtres, vermicelles, boyaux remplis de matière cancéreuse ramollie, contenu des kystes, etc. L'examen microscopique en a été fait directement, à une lumière vive, sans coloration d'abord, puis après coloration légère par divers réactifs : picro-carmin, thionine, bleu de Roux, safranine, biondi, liqueur d'Erlich diluée dans la glycérine. Nous avons pu parvenir à conserver des préparations fraîches ainsi préparées à la glycérine avec

ou sans fixation préalable par l'acide osmique. Les observations faites sur les tissus frais ont été contrôlées sur des coupes histologiques très nombreuses de fragments très minces fixés dans le formol, le flemming ou le sublimé à saturation dans l'eau et après des colorations sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

La synthèse des documents fournis par l'examen de très nombreuses tumeurs, et en particulier de trente-deux cas très étudiés, nous amène à cette conclusion qu'il existe dans ces tumeurs *des formations anormales étrangères à nos tissus*, pouvant se grouper suivant *cinq types morphologiques* :

1° Formes *micrococciques* ou *microbiennes* ; 2° *granulations* ; 3° formes *cellulaires* de volumes très variables, parmi lesquels des formes *pseudopodiques* ; 4° formes *enkystées* ; 5° formes *sarcodiques*.

1° Les *formes micrococciques ou microbiennes* existent dans toutes les tumeurs que nous avons examinées. Elles y sont les plus abondantes et parfois en nombre tel que chaque cellule en contient une et même plusieurs, jusqu'à quatre, six. Leur volume peut ne pas dépasser celui du plus petit microcoque, ou atteindre celui d'un gros staphylocoque. Il existe autour de chacune d'elles une petite zone hyaline très réfringente, ressemblant exactement à la capsule qui entoure certains microbes. Parfois une même capsule peut contenir deux petits éléments, de sorte que la figure représente, à s'y tromper, un diplocoque encapsulé. Ces formes microbiennes à l'état frais se colorent facilement, sauf la capsule, qui demeure incolore.

2° Les *granulations* ont le même aspect que les formes microbiennes, mais leur volume est plus considérable. Elles sont formées par une petite masse ronde, homogène, brillante, entourée d'une zone hyaline qui peut prendre un très grand développement. Elles sont extrêmement nombreuses.

3° Les *formes cellulaires*. Nous les nommons ainsi à cause de leur ressemblance morphologique avec un élément cellulaire. Elles peuvent présenter une structure très complexe. Les plus simples sont formées par une masse homogène nucléée, entourée de sa zone hyaline. D'autres présentent une zone granuleuse au centre ou sur les bords de la masse homogène précédente augmentée de volume ; certaines ont un noyau vésiculeux nucléolé et une masse protoplasmique divisée en trois, quatre et cinq zones concentriques d'apparence et de réaction variables. On peut observer des divisions nucléaires dans la masse protoplasmique, des divisions de la masse elle-même en segments nucléés, des divisions en *rosace*, en *marguerite* ou bien de véritables *morulas*. Les formes *pseudopodiques* sont remarquables par l'étirement de leur protoplasma en prolongements qui peuvent atteindre une grande longueur.

4° Les *formes enkystées* sont constatables à l'état frais et sur des coupes. On trouve des kystes parfaits bien isolés, avec leur paroi

à double contour remplie de protoplasma granuleux à noyau nucléolé, ou à protoplasma rétracté au centre en forme de sphère. Le kyste peut renfermer deux, quatre, six spores volumineuses ou un grand nombre de microspores.

Nous avons observé des spores contenant deux *sporozoïtes* (corps en croissant) à gros noyau, enserrant une masse granuleuse de reliquat.

5° *Formes sarcotiques.* Dans certaines tumeurs, surtout dans les sarcomes, nous avons trouvé des masses volumineuses de protoplasma à bords pseudopodiques et renfermant des corps qui avaient toute la structure de spores. Ces spores étaient en nombre variable et à des degrés divers de développement dans l'intérieur de la masse sarcodique.

Toutes ces formes existent dans les épithéliomes, les carcinomes et les sarcomes. Cependant, *les sarcomes contiennent surtout des formes microbiennes et des granulations* ; dans certains, même, on ne trouve que ces dernières formes. Ces formes sont isolées et au nombre de 2, 3, 4 dans une même capsule, comme s'il se faisait un très énergique processus de division directe.

Ces cinq types d'éléments ont leur *siège* soit dans le protoplasma de la cellule cancéreuse, soit dans le noyau (rare), soit dans l'intérieur de cellules conjonctives et de *cellules géantes* typiques, pour lesquelles on ne pouvait pas invoquer la coexistence d'une lésion tuberculeuse. Ces éléments peuvent exister *dans les mailles du tissu conjonctif*; c'est ce qui a lieu surtout pour les sarcomes et, dans ce dernier cas, la zone hyaline a des bords irréguliers arrondis, tandis que, pour les parasitaires intracellulaires, cette zone a une forme géométriquement ronde ou ovale.

P. Hamonic. — *Cancer généralisé de l'abdomen. Gastro-entérostomie. Mort rapide.* (Rev. clin. d'andr. 13 Janvier 1898).

Homme de 43 ans, atteint de cancer généralisé de l'abdomen, consécutif à un cancer du pylore Vomissements incoercibles. Gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux. Suppression des vomissements ; mais adynamie croissante et mort le 5e jour.

Hermet. — *Cicatrisation d'un épithélioma de la face par des applications d'acide arsénieux.* (Méthode de Cerny). (Soc. derm. et syph. Par. 10 mars 1898).

Malade atteint d'un vaste épithélioma de la face, inutilement traité par les applications de chlorate de potasse. Le traitement, commencé le 21 octobre 1897, a consisté en badigeonnages de la surface néoplasique pratiqués tous les jours. Ces badigeonnages ont été faits avec la solution à 1/150 pendant les premiers jours, puis avec la

solution à 1/100 lorsque l'eschare a été formée. Le 1er janvier, le tissu néoplasique était détruit et, le 2 février, la cicatrisation était complète.

Brocq. — *Traitement des épithéliomes.* (Presse méd., Par., 18 fév. 1898).

La cautérisation ignée a été préconisée, à juste titre, dans le traitement des épithéliomes superficiels de la face, et en particulier dans les épithéliomes dits perlés, dans ceux qui se développent sournoisement sous les plaques grisâtres dites de séborrhée concrète que l'on observe si souvent chez les vieillards.

Il faut rechercher exactement les limites du mal, les cercler à l'encre si on emploie l'anesthésie locale par les réfrigérants, et commencer par volatiliser avec la pointe de l'électrocautère toute la périphérie par une série de cautérisations ponctuées tangentes. On doit largement dépasser la zone malade, en empiétant sur les tissus sains en apparence, et pénétrer également en profondeur jusqu'aux tissus résistants, pour être bien sûr de détruire toute la néoplasie.

L'écueil de cette méthode consiste, en effet, à ne pas détruire assez loin, soit en surface, soit en profondeur, et, dans les deux cas, l'épithéliome récidive. On craint toujours d'aller trop loin, de faire des délabrements trop étendus, et cependant les chirurgiens savent combien il faut tailler largement, bien au loin dans les parties saines, quand il s'agit d'enlever un cancroïde.

Après avoir ainsi circonscrit la néoplasie, on volatilise tout le centre.

Quand c'est possible, on laisse ensuite se faire la cicatrisation sous la croûte consécutive à la brûlure. Mais, s'il se produit des phénomènes d'inflammation, on panse d'abord soit avec de la vaseline résorcinée au 1/150e ou au 1/100e, soit avec un emplâtre à l'oxyde de zinc, en faisant des lavages à l'eau boriquée ; puis, dès que l'inflammation est calmée, on fait les lavages avec une solution de résorcine au 1/100e, ou avec une solution concentrée de chlorate de potasse, et on panse avec une pommade à l'iodol et à l'aristol, ou bien même avec les poudres d'iodol, d'aristol ou d'europhène.

Si l'on s'aperçoit, lors de la cicatrisation, qu'une partie de la néoplasie a échappé à la cautérisation, il faut immédiatement intervenir de nouveau, et fort largement. D'ailleurs la destruction de la néoplasie peut être pratiquée en plusieurs séances successives, mais celles-ci ne doivent pas être trop éloignées les unes des autres, sinon le mal gagne constamment, parfois même avec une assez grande rapidité.

Mansell-Moullin. — *Traitement du sarcome inopérable par le liquide de Coley.* (Médecine mod., 30 mars 1898).

Mansell-Moullin s'est servi, pour traiter des sarcomes inopérables, du liquide de Coley, qui est un mélange de toxines du streptocoque de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus.

Dans trois cas, les tumeurs ont disparu sans récidiver. Dans un quatrième cas, la tumeur disparut, mais récidiva ailleurs; dans un cinquième, la tumeur ne fit que diminuer sans disparaître.

La proportion des cas de sarcomes susceptibles d'être guéris par les injections de Coley dépend d'abord du caractère histologique de la tumeur. Les sarcomes, à cellules fusiformes surtout, disparaissent plus facilement. Cette disparition n'est pas due à l'inflammation, mais à une forme intense et rapide de dégénérescence graisseuse, tout-à-fait comparable à celle qui affecte les cellules hépatiques dans l'atrophie jaune aiguë du foie. L'inflammation et l'ulcération qui peuvent survenir dans le traitement ne sont que des complications septiques. L'absorption et la dégénérescence des tumeurs se font, soit lorsque le liquide est injecté directement dans la tumeur, soit dans une région distante de la tumeur. Dans le premier cas, les effets sont plus rapides et les symptômes généraux plus graves.

La méthode ne doit être employée que dans les cas où il n'existe pas d'autre traitement, à cause du collapsus et de la pyémie possibles. Pour que les toxines puissent agir, il faut qu'elles proviennent de cultures fournies par un cas grave d'érysipèle ou rendues virulentes par le passage chez le lapin. Dans la méthode, le rôle du bacillus prodigiosus est d'augmenter énormément la réaction. Les tumeurs qui se développent rapidement résistent davantage au traitement que celles qui croissent lentement.

Rothamel. — *Dixième récidive de sarcome de la région antérieure de la cuisse.* (J. Méd. Bordeaux, 6 mars 1898).

Il s'agit dans ce cas d'une femme qui présentait à la région antéro-interne de la cuisse droite un ensemble de petites tumeurs que l'examen microscopique a fait reconnaître pour du sarcome fibro-plastique. Rien de particulier au point de vue de l'opération, mais l'auteur attire l'attention sur les points suivants :

1° L'opération pratiquée est la onzième du même genre qu'ait subie la malade;

2° L'apparition de la première tumeur remonte à vingt-quatre ans (1874);

3° Il n'y a jamais eu de tendance à la généralisation, les récidives se faisant toujours au même point;

4° Malgré dix récidives, dont les sept dernières se sont suivies d'année en année, la malade a toujours conservé un état général très satisfaisant.

Verdelet. — *Épithélioma de la jambe développé sur d'anciens trajets d'ostéomyélite chronique du péroné.* (J. Méd. Bordeaux, 6 mars 1898).

Homme de 46 ans. Coup de pied de cheval, à l'âge de 18 ans, sur la face externe de la jambe gauche. Plaie consécutive et ostéite du péroné; suppuration persistante pendant vingt-huit ans.

Au niveau de l'un des trajets fistuleux, formation d'un ulcère induré, qui atteint 8 à 10 centimètres de diamètre et laisse écouler un liquide fétide provenant de bourgeons volumineux. Ablation des parties ulcérées et de la portion malade du péroné. Des hémorrhagies secondaires nécessitent l'amputation de la cuisse. L'auteur pense qu'il s'agissait d'un épithélioma développé sur d'anciens trajets d'ostéomyélite chronique.

P. Ardouin. — *Enorme fibro-sarcome de la paroi abdominale.* (Soc. anat. Par. nov. 1897).

Femme de 23 ans. Début de la maladie, il y a 18 mois, par une petite tumeur, située au-dessous de l'ombilic et ayant atteint, à l'occasion d'une grossesse, le volume d'une tête adulte. Elle est dure, indolente et développée dans la paroi. Ablation. Au microscope on constate qu'il s'agit d'un fibro-sarcome, tumeur mixte exceptionnelle en cette région.

De Boucaud. — *Sarcome de l'avant-bras.* (J. Méd. Bordeaux, 30 Janvier 1898).

Enfant de 10 ans. Début de la maladie il y a 3 mois par des douleurs suivies de l'apparition, sur l'avant-bras gauche, d'une tumeur qui a doublé le volume du membre. Ses caractères sont ceux d'un sarcome musculaire; pas d'engorgement ganglionnaire. Amputation du bras. La tumeur a le volume d'un gros œuf d'autruche développé au sein des masses musculaires profondes.

G. Guicciardi. — *Carcinome gélatineux primitif du péritoine.* (Soc. M. chir. Modène, 10 déc. 1897).

Homme de 59 ans, alcoolique. Malade depuis 8 mois. Comme symptômes : ascite hémorrhagique qui ne se reproduisait qu'assez lentement, rate grosse, troubles intestinaux avec constipation, diminution de l'urée et présence d'urobiline abondante dans l'urine, quelques nodules perceptibles çà et là à la palpation de l'abdomen. A l'autopsie, tout l'abdomen était rempli d'une gélatine jaunâtre, riche en vaisseaux envahissant tout le péritoine, encapsulant les viscères, notamment la rate et le foie, qui n'était pas cirrhotique. A l'examen microscopique, on constata dans les parties jeunes du néoplasme des amas de cellules épithéliales occupant les alvéoles d'un réseau fibrillaire ; en des

points plus âgés, ces amas de cellules épithéliales dégénéraient peu à peu jusqu'à subir la transformation complète en substance gélatineuse. Comme les autres organes étaient sains, il s'agissait nécessairement d'une néoplasie primitive du péritoine.

A. Maffucci et Sirleo. — *Les blastomycètes, agents infectieux des tumeurs malignes.* (Il. Policlinico, 1897).

De nombreux travaux sur les rapports des blastomycètes et des tumeurs malignes ont été faits en Italie. Ces champignons ont été trouvés dans beaucoup de ces tumeurs. Toutefois, d'après les recherches de Maffucci et Sirleo, il n'est pas prouvé que les blastomycètes soient les agents de l'infection cause du cancer. On n'en a pas encore fourni la preuve expérimentale. La question reste donc en suspens.

Bayer. — *Emploi du formol dans les cas de cancer inopérable.* (*Die arzt. Praxis*, 15 mars 1898).

Dans un cas de cancer inopérable de la région scrotale, Bayer a appliqué sur la surface ulcérée des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution aqueuse de formol à 2 °/₀, puis à 8 °/₀ ; à ce degré de concentration le topique devient irritant, et il faut protéger les parties saines, pendant l'application, au moyen d'onguent lithargyrique. L'escarre sèche qui se produisit se détacha facilement, quand on la recouvrit de compresses imbibées d'acétate d'alumine.

Cette escarre mit environ 15 jours à se former ; après son élimination, on se trouva en présence d'une plaie granuleuse de fort bon aspect, sur laquelle n'existaient plus que peu de nodules néoplasiques.

Le formol possède une action en profondeur beaucoup plus marquée que tous les topiques recommandés jusqu'ici ; la mortification des tissus s'obtient sans danger d'intoxication, et l'action désodorante et antiseptique est aussi satisfaisante que possible. On pourrait essayer des mélanges de formol avec l'arsenic ou l'alcool p. ex., pour augmenter encore l'action destructive à l'égard des éléments néoplasiques.

F. Meyer. — *Toxicité de l'urine et de l'extrait splénique chez les cancéreux.* (Zeits. f. Klin. M., XXXIII, et Semaine Méd. Par. 1898).

Les recherches de Meyer portent sur un assez grand nombre de malades, tous atteints de cancers viscéraux : cancer du foie, de l'estomac, de l'œsophage, de l'utérus. Il a eu recours, pour fixer le degré de toxicité des urines, aux injections intraveineuses suivant le procédé de Bouchard. Il est arrivé à cette conclusion que l'urine des cancéreux est beaucoup plus toxique que l'urine normale, puisque 65 c.c. de cette dernière tuent 1 kilogramme d'animal vivant, tandis qu'il ne faut que 30 à 31 c.c. d'urine provenant d'un cancéreux.

Il est vrai que ce même fait s'observe également dans nombre de maladies chroniques, telles que la phtisie pulmonaire fébrile, la septicémie, l'anémie pernicieuse, mais jamais cependant à un degré aussi prononcé.

Au début ou au cours des accidents comateux qui, comme on le sait, peuvent s'observer chez les cancéreux et que l'on considère comme étant d'ordre toxique, Meyer a toujours constaté une diminution très prononcée de la toxicité urinaire. D'un autre côté, la chaleur atténuait, dans une très forte proportion, le degré de toxicité de l'urine.

Pour ce qui concerne l'étude de la toxicité de la pulpe splénique, voici le procédé employé : 100 grammes de rate, recueillis avec toutes les précautions d'asepsie possibles, puis broyés, sont mélangés avec 100 c.c. de la solution physiologique de chlorure de sodium, contenant 0 c.c. 5 d'une solution de soude à 40 % et 2 c.c. de chloroforme ; après broyage dans un mortier, on laisse reposer durant vingt-quatre heures à 37°, puis on filtre et enfin on soumet la solution à la centrifugation. Le liquide ainsi obtenu est injecté au moyen de la seringue de Pravaz dans la cavité abdominale de l'animal en expérience (souris blanche). Ce liquide s'est montré beaucoup plus toxique que l'extrait splénique provenant de sujets non atteints de cancer ; il tuait à la dose de 0 c.c. 73, tandis que, dans le second cas, la quantité nécessaire pour amener la mort était de 1 c.c. 5. Quand le sujet avait succombé à des accidents comateux, la dose mortelle était encore moindre et ne dépassait pas, dans la majorité des cas, 0 c.c. 5.

Bret et Courmont. — *Cancer primitif du péritoine avec obstruction intestinale.* (Province Méd., 25 juin 1898).

Cette observation concerne un homme de 44 ans, épileptique, atteint d'une tuméfaction de l'S iliaque et d'accidents d'étranglement. La laparotomie montre la présence, outre de la rougeur du péritoine, de grosses masses ganglionnaires au niveau du mésentère. Mort.

Une particularité révélée par l'autopsie a été la localisation des lésions cancéreuses sur les attaches de l'intestin aux mésentère, méso et feuillets épiploïques. Il en était résulté une rétraction de l'intestin et par suite des phénomènes d'occlusion.

A. Bantigny. — *Un cas de cancer de l'ombilic.* (Rev. Sc. Méd. Lille, 24 juillet 1898.)

Homme de 53 ans, sans antécédents, atteint, depuis 6 mois, de troubles digestifs avec amaigrissement, douleurs lancinantes à la région ombilicale, au niveau de laquelle siège une tumeur ovoïde, violacée, à large pédicule et de la grosseur d'une petite noix. Engorgement ganglionnaire des régions inguinales, axillaires et sus-claviculaires. Une incision elliptique conduit sur l'épiploon portant une tumeur cancéreuse secondaire à un cancer viscéral. Ablation de la tumeur épiploïque et persistance d'un trajet fistuleux.

Thèses et Brochures

Desforges-Mériel. — *Essai sur le traitement opératoire du cancer du rectum.* (Thèse de Toulouse, 1897).

Travail original par les aperçus sur le siège et les formes du cancer du rectum et par les procédés personnels d'extirpation de la tumeur. Après expérimentation *sur le cadavre*, l'auteur soumet à la critique chacun des procédés opératoires et indique celui qui lui paraît préférable. De cette étude et de l'analyse des résultats éloignés, il conclut que, des méthodes périnéale, coccygienne, sacrée, parasacrée, vagino-rectale, abdomino-périnéale et abdomino-sacrée, la méthode périnéale est la plus avantageuse et peut être appliquée à tous les cas de cancer.

L'auteur insiste sur la délimitation du cancer du rectum, la limite supérieure de cet intestin étant la troisième vertèbre sacrée. Ce cancer se divise, au point de vue du siège, en cancer recto-pelvien et cancer recto-périnéal, le releveur marquant la limite entre les deux portions de l'intestin. C'est un point de repère que l'on peut facilement percevoir.

Suivant le siège et l'extension du néoplasme, les indications opératoires varient. Le cancer recto-pelvien sera traité par la voie sacrée ou par un procédé pré-rectal, décrit par l'auteur. Pour le cancer recto-périnéal, on fera l'amputation de Lisfranc en lui faisant subir certaines modifications.

A. Batailler. — *De l'ostéosarcome du bassin.* (Thèse de Montpellier, 1898).

Etude classique de l'ostéosarcome du bassin. L'auteur a recueilli une grande partie des observations publiées depuis la thèse de Havage (1882). Il s'en sert pour insister sur quelques points de la symptomatologie, ceux qui, en particulier, s'écartent du tableau ordinaire de la maladie et sur la question de l'intervention, qui sera subordonnée à la précocité du diagnostic. En cas contraire, toute opération est contre-indiquée.

G. Roguet. — *Etude sur les sarcomes de la paroi abdominale antérieure.* (Thèse Paris, 1898).

On observe ces sarcomes surtout chez la femme; tantôt ce sont des sarcomes purs; tantôt des fibro-sarcomes. Les deux variétés les plus fréquentes sont le sarcome globo-cellulaire et le sarcome fasciculé.

Par suite du voisinage du péritoine, l'affection revêt un caractère particulier de gravité. Ces néoplasmes doivent être enlevés avec résection de la portion adhérente du péritoine.

M. A. Raynaud. — *Contribution à l'étude clinique des tumeurs du ligament rond.* (Thèse de Montpellier, 1898).

Laissant de côté les tumeurs kystiques peu fréquentes et les sarcomes dont on ne connaît guère d'observations, l'auteur ne s'occupe que de l'étude des fibromes, des fibro-myomes et des lipromes. Il en décrit soigneusement les symptômes, insiste sur l'influence que la grossesse, la menstruation, la ménopause et le traumatisme exercent sur leur évolution et s'arrête assez longuement sur leur diagnostic. L'extirpation est le seul traitement qui leur convient.

R. Brun. — *Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs et en particulier des nerfs du membre supérieur.* (Thèse de Paris, 1898).

Le diagnostic des sarcomes des nerfs est un diagnostic très difficile, aucun signe pathognomonique ne permettant d'affirmer qu'il s'agit plutôt de cette variété de néoplasme que de toute autre. L'examen histologique souvent est nécessaire pour confirmer la nature de la tumeur.

On aura comme signes de probabilité de sarcome : la consistance molle et presque fluctuante de la tumeur, sa forme lisse et régulière, son rapport intime avec le trajet d'un nerf connu, principalement d'un nerf superficiel ; *son immobilité dans le sens de la direction du nerf, tandis que sa mobilité latérale est à peu près totale*, l'absence de connexions avec les parties voisines et en particulier l'état normal de la peau, les douleurs provoquées ou spontanées soit au niveau de la tumeur soit sur le trajet du nerf atteint ; enfin l'évolution généralement plus rapide que celle des autres tumeurs.

On peut trouver sur les nerfs les différentes variétés de sarcome (sarcomes globo-cellulaires et fuso-cellulaires ; les sarcomes encéphaliques et les sarcomes télangiectasiques).

Le pronostic des sarcomes des nerfs est sérieux ; ils nécessitent une intervention chirurgicale précoce. La récidive est toujours à craindre ; ils peuvent se propager de proche en proche, s'étendre sur une grande longueur du nerf, s'étendre au plexus brachial et gagner la moelle. Par les douleurs qu'ils déterminent parfois et leur récidive ils peuvent menacer l'état général et entraîner la mort.

La dissection de la tumeur est le plus souvent possible et doit être *toujours tentée* soit sous forme d'*énucléation*, soit sous forme de dénudation du nerf. Si l'on ne peut y réussir, la section du nerf au-dessus et au-dessous de la tumeur s'impose avec suture des deux extrémités pour rétablir la continuité du nerf. Dans certains cas cependant cette section simple n'a pas été suivie des troubles nerveux que semblerait devoir produire la perte de la fonction d'un nerf.

F. Jouin. — *Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire.* (Thèse de Paris, 1898).

Les tumeurs solides de l'ovaire comprennent les fibromes, les sarcomes, les fibro-sarcomes et les fibro-carcinomes.

Les fibromes constituent des tumeurs plus ou moins dures, bosselées, mobiles sur l'utérus déplacé, de volume variable, n'entraînant aucune altération de la santé.

Les sarcomes et tumeurs mixtes, au dernier stade de leur évolution, se présentent sous forme de tumeurs occupant un ou plusieurs culs-de-sac, repoussant l'utérus du côté opposé, adhérant aux organes voisins et déterminant par leur volume des phénomènes de compression (nerfs, vessie, rectum) ou des phénomènes généraux (cachexie, phénomènes dyspepsiques).

Il est donc de toute nécessité d'établir dès le début un bon diagnostic, en s'appuyant sur l'étude attentive de la tumeur, de ses connexions avec l'utérus, en pratiquant l'hystérométrie. L'existence d'une ascite abondante, l'absence d'hémorrhagies internes éveilleront l'attention sur la malignité de la tumeur, particulièrement le sarcome. Les mêmes symptômes, avec une marche extraordinairement rapide de la tumeur, feront craindre l'épithéliome.

Etant donnée l'impossibilité de diagnostiquer les fibromes et les fibro-sarcomes dans leur forme de début, l'extirpation devra être appliquée à toutes les variétés de ce type, sitôt que se feront sentir les douleurs.

C'est encore à cette méthode de traitement qu'il faudra recourir dans les sarcomes de l'ovaire, lorsqu'on aura jugé qu'il n'existe que de faibles adhérences. C'est le seul moyen de soustraire la malade aux terribles complications qui la menacent.

E. Dubois. — *Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire.* (Thèse de Paris, 1898).

De cette étude, Dubois tire les conclusions suivantes :

Les sarcomes de l'ovaire sont rares, mais cette rareté n'est que relative, paraissant tenir surtout à l'insuffisance du diagnostic. La fréquence de cette affection semble en effet augmenter à l'heure actuelle : les interventions qui se multiplient permettent de mieux constater la présence de ces néoplasmes.

Leur étiologie est obscure ; elle a beaucoup d'analogie avec celle des tumeurs malignes, et leur symptomatologie présente peu de différence avec celle des tumeurs solides de l'ovaire ; mais il faut tenir compte de leur rapidité d'évolution, de la coexistence d'un épanchement ascitique précoce, abondant, rebelle, et de l'absence de phénomènes utérins proprement dits. Il faudra toujours pratiquer l'hystérométrie pour s'assurer des dimensions de la cavité utérine.

Les sarcomes de l'ovaire ont généralement une durée très courte, la cachexie est précoce, et leur généralisation aux organes éloignés (poumon, foie, rein et cœur) est rare; mais, à moins d'un développement très prononcé, d'un enclavement dans le petit bassin, ces néoplasmes sont moins dangereux que les tumeurs utérines.

Le diagnostic, quoique très difficile, est possible; il doit être fait de bonne heure et, si l'on doute, pratiquer au besoin la laparotomie exploratrice qui est d'autant plus légitime que, dans tous les cas, la tumeur doit être enlevée. Le diagnostic des variétés anatomiques offrira toujours de grandes difficultés, il ne pourra être fait qu'après l'examen histologique.

La femme atteinte d'un sarcome de l'ovaire peut devenir enceinte, et l'évolution de sa grossesse se faire normalement, au moins pendant un certain temps. Cette présence simultanée d'un sarcome ovarique et d'une grossesse ne doit pas empêcher le chirurgien d'intervenir.

L'ablation précoce de la tumeur est le seul traitement rationnel des sarcomes de l'ovaire, à moins toutefois que la malade ne soit entrée dans la période cachectique; dans ce cas, on devra s'en tenir à la ponction ascitique.

A. Marquez. — *Contribution à l'étude du sarcome du rein chez l'enfant.* (Thèse de Montpellier, 1898).

Assez fréquent chez l'enfant, dans la proportion de 1 contre 4 chez l'adulte, le sarcome du rein se voit surtout entre la première et la cinquième année et, dans la très grande majorité des cas, il est primitif.

Il peut affecter plusieurs variétés. Sarcome embryonnaire à petites cellules, sarcome à cellules fusiformes, adéno-sarcome. Au point de vue clinique son début est très souvent insidieux et la tuméfaction du ventre est fréquemment l'unique symptôme qui ait d'abord attiré l'attention. On constate alors une tumeur de volume variable, mobile, avec sensation de ballottement au moins à la première période, sans que des symptômes fonctionnels aient été notés. On sait en effet que la douleur, l'hématurie et les troubles de l'urine font plus souvent défaut que chez l'adulte.

Après une rapide description de cette partie séméiologique l'auteur traite longuement de l'intervention. Il rapporte les statistiques des différents auteurs et relate des observations personnelles qu'il fait suivre de la conclusion suivante : La néphrectomie totale, seul traitement rationnel, a donné jusqu'ici des résultats peu encourageants. Elle sera tentée seulement dans les cas, fort rares, où un diagnostic précoce pourra permettre une intervention précoce.

E. Dunis. — *De l'amputation du sein dans les cas de cancer.* (Thèse de Montpellier, 1898).

Ce travail est consacré à montrer la supériorité, dans certains cas, de l'amputation du sein cancéreux d'après la méthode américaine de Halsted. D. la considère comme la plus rationnelle et comme celle qui paraît devoir donner les meilleurs résultats. Halsted, sur 50 opérées, n'a constaté que 3 récidives locales et 12 récidives régionales.

L'amputation du sein, pour être, sinon radicale, du moins très utile, doit remplir les conditions suivantes :

1° Elle doit être pratiquée constamment en dehors du tissu malade ;

2° Extirpation très large de la peau malade, et même de la peau saine en apparence ;

3° Ablation totale de la glande mammaire ;

4° Exérèse de l'aponévrose pectorale et des muscles sous-jacents, grand et petit pectoral ;

5° Ablation de tout le territoire lymphatique du sein, avec curage systématique du creux axillaire ;

6° Tous les tissus doivent être enlevés en bloc et d'une seule tenue.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux sans indication d'année sont de 1898.

Appareil de la locomotion

BANTIGNY. Ostéosarcome chez une femme enceinte de cinq mois : amputation du bras (J. d. Sc m. Lille, 125). — BARNSBY (H.). Sarcome télangiectasique de la tête du péroné (Soc. anat. Par., 1897, 641). — BERGER (P.). Résection de l'omoplate pour sarcome (Soc. de chir. Par. 1897, 571). — BOUKER (R.). Sarcoma of the Shoulder (Austr. M. Gaz. Sidney, 1897, 13). — CHAMOYON (L.). Ostéosarcome du fémur (Soc. Méd. Toulouse), 21 janv.). — COLEY. Sarcome du fémur et amputation (Ann. Surg. Phil. xxvii, 91). — DRUON (E.). Ostéosarcome du maxillaire inf. avec cellules à myéloplaxes (Écho méd. Toulouse, 1897, 490). — FISK (A.). Sarcome de l'humérus et amputation (Med. Rec. N.-Y., 203). — FRAIKIN. Sarcome de l'os coxal ayant envahi la vessie (Soc. anat. Bordeaux, 1897, 13 décembre). — CRIFFITH (G.). C... of the lower jan. (Kansas City M. index, 1897, 428). — GRISSON. Sarcome des os longs (Soc. M. Hambourg). — JABOULAY. Traitement des sarcomes mycloïdes des os courts du pied (Lyon Méd., 209). — KARENSKI. Ostéosarcome du tibia (Berl. Med. Gesellsch., 19 janv.). — KIRCHNER. Sarcom des Worzenfortsalze (Arch. f. Ohrenh. Leipz , Xliii, 217). — LARDENNOIS. Ostéosarcome du péroné (Soc. anat. Par., 1897, 681). — LININGTON. Sarcome du grand trochanter (Soc. Méd. de Leeds, 1897, 3 déc.). — LITTLEWOOD. Sarcome de l'omoplate (Lancet Lond., 1323. — OMBREDANNE. Lymphosarcome du tibia (Soc. anat. Par. 1897, 504). — REVERDIN (J.). Sarcome ossifiant du fémur (Rev. M. Suisse rom., 649). — SICK. Sarcome des os longs (Soc. M. Hambourg). — VAUGHAN (G.). Ostéosarcome de la clavicule (Med. News. N.-Y., 41). — VIART. Sarcome du radius. Récidive (Soc. anat. Par., 666). — WARREN (J.). Sarcome de l'omoplate. Excision (Bost. M. et S. J., 624).

Appareil de l'innervation

BARR. Tumeur maligne du cerveau (Brit. M. J. Lond., 1082). — BURNETT (S.). Double exophtalmie et sarcome du cerveau (Tr. am. opht. Soc. Hartford, 31). — GLUCK (T.). Traitement chirurgical des tumeurs malignes du cerveau (Wien. Med. Woch., 2104, et Berl. Klin. Woch., 932 987). — GRENET. Sarcome du cerveau (Soc. anat.

Par., 21 janv.). — Murphy (J.). Neuro-sarcoma of the musculo-spiral nerve (Chirurg. Clin., 195). — Pilliet. Sarcome télangiectasique du nerf cubital (Soc. anat. Par., 29 avril). — Tissier. Compression de la moelle par un endothéliome (id., id.).

Appareil des sens spéciaux

Acchioti (P.). Sarcomatose cutanée généralisée (Gaz. M. d'Orient, 159). — Baker (A.). Mélano-sarcome de la conjonctive (J. am. M. ass. Chic., 119). — Campana. Sarcome de la peau (Ac. M. Roma, 125). — Coudray (P.). Epithélioma pavimenteux du lobule de l'oreille (Soc. anat. Par., 1897, 590. — Flous. Sarcome mélanique de la choroïde (Thèse Bordeaux). — Fraenkel. Tumoren maligne des chorionepdhels (Mon. f. Geb. Berlin, 252). — Guiot. C... ulcéré de la paupière inférieure (Ann. M. Caen, 15 févr.). — Haas (C.). Ein Sall Sarkom der Thränendrüse (Giessen C. von Münchow). — Höllander. Sarcome pigmentaire idiopathique (Berl. M. Gesellsch., 19 janv.). — Jacobi (A.). Sarcome de la peau (Arch. pédiat. N.-Y., 801). — Jennings. C... de la glande lacrymale (Am. J. opht. Saint-Louis, 19. — Johnson (N.). Angiosarcoma of apparent retinal origin. (Tr. am. opht. Soc. Hartford, 76). — Krefuska. C... de l'oreille (Gesellsch. d. ung. ohr., etc..., 11 nov. 1897). — Klein (R.) Tumeur du chorion ép. (Mon. f Geb. Berlin, 568). — Koucheff (M.). Sarcome de la peau (Med. obvz. Moscou, 113). — Lagrange. Tumeur de la paupière sup. (Arch. d'opht. Par., 1897, 763). — Lapersonne (de). Tumeur du limbe scléro-cornéen (id., 757). — Lee (C.). Tumeur de l'orbite (Opht. Rev. Lond., 296). — Leland. Adénocarcinome du nez (Policl. Roma, 1897, 53). — Morestin. Sarcome mélanique de la peau (Soc. anat. Par., 21 janv.). — Morpurgo (B.). C... de la peau (Policl. Roma, 1895, 15 fév.) — Nichols. Sarcome du nez (N.-Y. M. J., 43). — Paget (J.). C... de l'oreille (Clin. J. Lond., 1897, 149). — Saitta (J.). Adénome du nez (Arch. ital. Napoli, 157). — Salva. Sarcome de l'orbite (Dauphiné méd., 221). — Scalinci (N.) Sarcoma del nervo ottico (Lavori de clin. ocul. Napoli, 131). — Scarpatetti. Stirnhern sarcom. (Witth. d. Ver. d. aerzt. ch., 119). — Silvestri (A.). Sarcomo del Sacco lacrymale (Ann. d. ottalm. Pavia, 452). — Szencs. C... de l'oreille (Gesellsch. d. ung. ohr., 11 nov. 1897). — Thilliez (L.). Mélano-sarcome de la paupière inférieure (J. Sc. M. Lille, 19 fév.). — Vali. C... de l'oreille (Gesellsch. d'ung. ohr., 11 nov. 1897). — Veassey (C.). Sarcome primitif de l'iris (Ann. opht. Saint-Louis, 767). — Voron. Sarcome mélanique de la joue (Soc. M. Lyon, 2 fév.) — Vuillieumier. Pigmentation cutanée dans les mélano-sarcomes (Thèse Lausanne). — Werner (E.). Myxo-sarcome de la glande lacrymale (Brit. M. J. Lond., 22). — Wright (J.). Adénomes et polypes du nez (N.-Y. Med. J., 658).

Appareil de la digestion

1° Partie sus-diaphragmatique de l'appareil de la digestion

Bartha (von). C. . de la bouche (Ung. M. Pr. Budapesth, 150. — Böhm (N.). C... de l'œsophage (Inaug. Diss. München. — Boulloche. Rétrécissement C... de l'œsophage (Presse M. Par., 167). — Bureau (G). C... de l'œsophage propagé à l'oreille gauche (Soc. anat. Par., 1897, 851). - Burney (Mc). C... de l'amygdale (Med. Rec. New.-Y., 893). — Cayre (J.). Épithélioma de la base de la langue (Écho méd. Toulouse, 511). — Delavau (D.). Ulcération simulant un sarcome de l'amygdale (N.-Y. M. J , 769). — Delbanco (E.). Sarcome congénital de la langue (Biol. obth. cf .. Hamb., 7 déc. 1897). — Dennis (G.). C... de la bouche (Am. J. Dent. Sc. Balt., 1897, 399). — Edelmann (M.). C... de l'œsophage (Orsori Let. Budap., 486). — Harmer (L.). C... de l'épiglotte (Wien. Klin Woch., avril). — Herrichk (J.). Mélano-sarcome de la lèvre (Chic. M. Rec., 361). — Jeanne (A.). Épithélioma de la langue et leucoplasie (Soc. anat. Par., 1897, 684). — Krönlein. C... du pharynx (Ann. Surg. Phila., 641). — Leven. C... de l'œsophage (Soc. anat. Par., 1er avril). — Lévi (C.). C... de l'œsophage et de la peau (Soc. anat. Par., 1897, 701). — Lockwood (C.). Structure maligne de l'œsophage (Tr. cl. Soc. Lond., 151). — Mc Burney (C.). C... de la lèvre (Int. J. Surg. N.-Y., 47). — Martin. C... de la langue et nécrose du cricoïde (sonde) (Soc. anat. Par., 123). — Plauth (H.). Cystadenoma des Halses (Beit. z. Klin. Tubinge, 335). — Proben (C.). C... du nasopharynx (N.-Y. M. J., 260). — Rosenheim. Zur Behandlung der Speiseröhrenkelses (Deut. M. Woch. Leipz., 223). — Rotschy. Sarcome du médiastin et perforation de l'œsophage (Thèse Genève). — Schwoerer (R.). Sarcome sublingual (Diss. Freiburg). — Sehlboch (A.). C... de la langue et opérations (Memor. Heilbr., 129). — Teske (H.). Zur Kasuist. der. Unterlippen larc. (Dissert. Greifswald.). — Velraminoff. Lymphosarcome d'une amygdale (Soc. M. Chir. Saint-Péters., 8 janv). — Warren (J.). C... de la lèvre (Bost. M. S. J., 177).

2° Partie sous-diaphragmatique de l'appareil de la digestion.

Apert (E.). C... du cœcum (Soc. anat. Par., 176). — Barker (A.). C .. du pylore et gastro-entérostomie (Brit. M. J. Lond., 421). — Cant (J.). C... du rectum (Brit. M. J. Lond., 20). — Capps (J.). Diagnostic du C... de l'estomac (Bost. M. et S. J., 468). — Cardarelli. C... de l'estomac (Boll. de Clin. Milano, 1897, 416). — Carter (J.). Traitement du C .. de l'estomac (Intern. Clin. Phila, 45). — Caussade. C... du pylore (Soc Méd. des Hôp., 1897, 1451). — Cesch (P.). C... du rectum (Beit. z. Klin. Chir., 1897, 685). — Fontoynout. Épithélioma du côlon transverse devenu colloïde (Soc. Anat. Par.,

1897, 728. — Forgue. Traitement radical du C... de l'estomac (N. Montp. Méd., 1897, 821). — Fotheringhune. C... de l'estomac (Canad. Pract. Toronto, 1897, 920). — Frankc (F.). Ablation d'un adénome de l'estomac (Cong. all. Chir. Berl., 21 avril). — Guenther. C... du duodénum (Thèse d'Iéna). — Guinard. Sarcome plexiforme de l'estomac (Soc. Chir. Par., 295). — Gussenbauer. C... de l'estomac (Soc. all. Chir. Berlin, 13 avril). — Hacker (von). Id., id. — Hahn. (Id., id.). — Hamilton. C... de l'estomac (Canada Pract. Toronto, 10). — Hartmann. C... du pylore (Soc. Chir. Par., 2 mai). — Heberlein (J.). Opération de C... du côlon (Diss. Grieswald). — Hechler (F.). C... de l'intestin (Berlin). — Hemneter. C... et phlegmon gastrique (New-York, 1897). — Herczel (M.). Résection pour C... de l'estomac (Orosi Letil. Buda., 533-547). — Heulin (J.). C .. primitif du duodénum (Thèse Par.). — Inhuelsen. Sarcome et C... de l'intestin (Thèse de Marburg). — Iterson (M.). Des Strictures Carc. Nes tyds. (V. Eyen. amct., 1897, 646). — Jacomet. C... du côlon et perforation de l'appendice (Soc. Anat. Par., 143). — Jessoy (T.). C .. du pylore (Brit. M. J. Lond., 1897, 1632). — Jordan. C... de l'estomac (Soc. all. Chir. Berl., avril). — Karg. Id., id. — Kauffmann (E.). Tumeurs C... de l'estomac (Jahresb. d. Sehl. cf.. . Breslau, 152). — Kausch. C... de l'estomac (Soc. all. Chir. Berl.. avril). — Kroenlein. (Id., id.). — Labey. Rétrécissement C... du rectum (Soc. Anat. Par., 130). — Lambotte (A.) Extirpation partielle de l'estomac C... (Ann. Soc. belge Chir., 247). — Laubie. Épithélioma de l'intestin (Soc. anat. Bordeaux, 8 nov. 1897). — Lejars. Tumeur iléo-cœcale (Soc. Chir. Par., 1897, 666). - Letulle (M.). C... colloïde du duodénum développé sur un ulcère (Soc. Anat. Par., 1897, 721, et Gaz. des Hôp., 1366). — C... de l'intestin (Soc. Anat. Par., 1er avril). — Liebmann (G.). C... du pylore (Bost. M. S. J., 155). — Linossier. C... de l'estomac (Lyon Méd., 15). — Lobker. C... de l'estomac (Soc. all. Chir. Berl., avril). — Lyonnet. C... de l'estomac (Province M. Lyon, 529). — Mauclaire. C... de l'intestin (Soc. Anat. Paris, 1er avril). — Maylard. C... de l'estomac (Glasgow M. J., 126). — Mikulicz. C... de l'estomac (Soc. all. Chir. Berl., avril). — Morton (T.). C... de l'estomac (Phila. M. J., 165). — Mossé. C... primitif de l'appendice (Soc. Anat. Par., 1897, 814). — Neumann. Perforation par corps étrangers dans le C... de l'estomac (Thèse de Munich). — Péan. Traitement chirurgical du C... du rectum (Gaz. Hôp. Paris, 1897, 1296). — Pilliet. Rétrécissement C... de l'intestin (Soc. Anat. Par., 57). — Quénu. Histologie pathologique du C... du rectum (Rev. Chir. Par., 24). — Traitement du C... du rectum (Id., 985). — Sarcome fasciculé de l'estomac (Soc. Chir. Par., 16 mars). — C... du rectum (Id., 190). — Rabé. C... massif du rectum (Soc. Anat. Par., 28 janv.). — Rehn. C... de l'estomac (Soc all. Chir. Berlin, avril). — Riesman (D.). C... de l'estomac

(Proc. path. Soc. Phila., 9-13). — Robert. Sarcome plexiforme de l'estomac (Soc. Chir. Par., 294). — Rodriguez y Abaytua. Diagnostic du C... de l'estomac (Madrid). — Rolleston (H.). Ulcère latent du pylore (Pract. Lond., 465). — Roncali (D.). Adéno-carcinome du côlon transverse (Soc. Lancisiana. Roma, 46-116). — Routier. C... du jéjunum (Soc. Chir. Par., 266). — C... du pylore (Id., id.). — Rovsing. Sarcome de l'intestin (Hosp. Tel. Kjob., 1897, 1085). — Sabrazès. C... de l'estomac et gangrènes des extrémités (Arch. g. M. Par., 111). — Schlesinger. C... du duodénum (Coll. doct. de Vienne, 14 fév.). — Schwartz. C... du côlon et appendicite (Soc. Chir. Par., 362). — Shapiro (G.). Sarcome du duodénum (Vroch. Saint-Péters., 1897, 1205). — Tuffier. Sarcome plexiforme de l'estomac (Soc. Chir. Paris, 295). — C... du pylore (Id., 2 mars). — C... du pylore (Id., 1897, 728). — Vanderlinden (O.). Le C... du rectum (Belg. M. Gand, 611). — Warren (J.). Sarcome du cœcum (Bost. M. S. J., 177). — West (C.). C... de l'estomac (Phyla. Polycl., 107). — Willems (C.). C... du rectum (Belge Méd. Gand, 673). — Williams (J.). Épithélioma du rectum (Ann. Pract. Louisville, 332). — Wölfer. C... de l'estomac (Soc. all. Chir. Berlin, avril). — Worthington (N.). C... de l'estomac (Montréal M. J., 601). — Wright (T.). C... de l'appendice (Bost. M. S. J., 150).

3° Annexes de l'appareil de la digestion

Bard. De la glycosurie dans le C... primitif du pancréas (Rev. de Méd. Par., 929). — Bezançon. Tumeur secondaire de la rate (Soc. anat. Par., 1892). — Cardarelli (A.) C... hépato-gastrique (Clin. Mod. Pisa, 301). — Claisse (P.). C... des voies biliaires (Presse M. Par., CXXXIX). — Deguy. C... du pancréas (Soc. anat. Par., 18 mars). — Frohstein. Sarcome du pancréas (Thèse de Greshen). — Gerlich. Lésions des voies biliaires et des voies urinaires dans le C... (Thèse, St-Péters.). — Greene (H.). Sarcome du pancréas (Gaz. Bost., 65). — Griffon. C... de la vésicule biliaire (Soc. anat. Par., 589, 1897). — Lamb. (D.). C... du pancréas (Nat. M. Kev. Wosh., 268). — Rabé. C... de la vésicule biliaire (Soc. anat. Par., 841, 1897). — Reed (C.). Calculs et C... des voies biliaires (J. am. M. Chicago, 1065). — Routier. C... du pancréas (Soc. chir. Paris, 16 fév.). — Scheffer. Histogénèse du carcinome du foie (Thèse de Bonn.).

Appareil de la circulation

Audry. C... secondaire du cœur (Lyon Méd., 478). — Cauchkteux. Lymphosarcome traité par les injections de pyoctanine (Am. Soc. Med. de Gand, 162). — Inhülsen (W.). Ueber das gleichzertige Ver-

komnen etc... (Diss. Münch). — LAZARUS. Tumeur des péricardes (Berl. Med. Gesells., 2 fév.). — SGAMBATI. C... et Métastases lymphatiques (Soc. Lancis. Roma, 259).

Appareil de la respiration

BAR (L.). Tumeur du larynx (Arch. int. lar. Par., 676, 1897). — BARDUM. C... primitif de la trachée de la bronche droite (Thèse de Kiel). — BERGER (P.). Epithéliomes aberrants de la thyroïde (Rev. chir. Par., 1009, 1897). — BESSON. Sarcome de la plèvre (J. Sc. M. Lille, 66). — BOUGERT. C... endothélial de la plèvre (Thèse de Greifs). — BUTLER (G.). Endothéliome de la plèvre (N. Y. M. J., 247). — CLARK (Q.). C... du larynx (Bost. M. S. J., 107). — DELASAN (D.). Traitement des tumeurs malignes du larynx (Brit. M. J. Lond., 1549). — FLEMING (C.). Tumeurs malignes du larynx (Lancet, Lond., 978). — HALSTEAD (T.). Sarcome du larynx (N. Y. Polycl., 171, 1897). — JADASSOHN. C... du poumon (Jahr. de Sehl. Gessels. etc..., 9-12). — JEANNEL. C... du larynx (Cl. fac. Toulouse, 265, 1897). — JONNESCO. C... du larynx (Soc. chir. Par., 421). LEYDEN (F.). Em Geheilter Fall. von sarcom des Nasenrachenraumes (Monast. f. ohr. Berl., 456). — MLODZIÉEVSKY (W.). Endothéliome de la plèvre (Med. oboz. Moscou, 255). — POLLAK. Sarcome primitif du poumon (Thèse de Wurtzburg). — QUAY (E.). Diagnostic de la tuberculose, syphilis et C... du pharynx (Homœop. Eyc. etc. New-Y., 408). — RABÉ. Sarcome plongeant du corps thyroïde (Soc. anat. Par., 597, 1897). — SCHMIDT (M.). C... et embolie pulmonaire (Cent. f. allg. etc... Iéna, 860). — SEYMOUR (W). C... du larynx et laryngectomie Ann. Surg. Phila., 637). — SIMMONDS. C... du poumon, histologie (Biol. alth. etc... Hamb., 7 déc. 1897).

Appareil de la sécrétion urinaire

BACALOGLU (C.). C... du rein (Soc. anat. Par., 21). — BAZY. Myxosarcome du rein gauche (Soc. chir. Par., 127) — C... du rein (id., 691, 1897). — BOUKER (R.). C... du rein, néphrectomie (Austr. M. gaz. Sydney, 12). — BRINDEAU. C... du rein chez un fœtus (Rassegna d'ostet. Napoli, 625, 1897). — CASTAIGNE. Epithélioma des capsules surrénales (Soc. anat. Par., 793, 1897). — COTTON (J.). Sarcome du rein chez un enfant (M. et Surg. Rep. Phila., 609). — DELETREZ. Sarcome du rein (Soc. belge chir., 226). — FSOMMER (J.). Sarcome du rein (Gyogyaszat. Budap., n° 9). — GÖRL. C... du rein (Narul. Med. Ecuels., 15 sept. 1897). — GUIBÉ. C... du rein (Soc. anat. Par., 66). — HAUSER. Varicocèle et tumeurs malignes du rein (Thèse Par.). KICK. C... des voies urinaires (Diss. Griessen). — MASDLOW (W.). Sarcome de la vessie (Brit. M. J. Lond., 426). — MEYER (F.). C... et toxicité des urines (Ztschr. f. Klin. Med. Berlin, 563). — VORON. C... du rein (Soc. M. Lyon, janv. 1898). — WEINBERG. C... des deux capsules surrénales (Soc. anat. Par., 751, 1897).

Appareil de la génération

1° Organes génitaux de l'homme.

DAMOND. De l'épithélioma du pénis (Thèse Bordeaux, janvier). — GAETJEN. C... de la prostate et de la vessie (Thèse de Göttingen). — GIRARD. Epithélioma de la verge (Dauphiné M. 265, 1897). — JUNIEN. C... du testicule (Thèse Paris). — KATHAN (D.). Sarcome de l'épididyme (Albany M. Ann., 393). — LAFARELLE. Tumeur maligne du testicule (Soc. anat. Bord., 13 déc. 1897). — MARSH (H.). Sarcome de la prostate (Tr. clin. Soc. Lond., 162). — PIKE (J.). Sarcome du testicule (Lancet Lond., 1530). — SAXER. C... de la prostate et Métastases (Acrz. ser. Marbürg, awy 5). — STINSON (J.). Tumeurs malignes du testicule (N. albany. M. Hérald, 537). — THOMSON (A.). C... du pénis (Brit. M. J. Lond., 1841, 1897). — VAN HOOK (W.). C... de l'urèthre (Chicago M. Proc., 303). — VERSTRAETE. Lymphadénome du testicule (J. Sc. M. Lille, 343). — WENZEL (C.). C... du pénis (Dissert. Bonn).

2° Organes génitaux de la femme.

ABRAJANOFF (A.). C... du clitoris et des lèvres (Journ. akoncl. St-Peters., 273). — ALTERTHUM (E.). C... de l'utérus et du vagin (Cent Bl. f. Gyn. Leipz., 10 juillet). — ARNHEIM (H.). Opération radicale du C... de l'utérus (Dissert Berl.). — BARUSBY. C... primitif du clitoris (Soc. anat. Par., 28 janv.) — BEFFEL (J.). Adéno-carc... de l'utérus et des ovaires (Am. Gyn. N.-Y., 227). — BERRY (M.). C... de l'utérus (Lancet Lond., 1301, 1897). — BIERMER Du déciduome malin (Münch. Med. Nehms., 1400, 1897). — BONCÉ (J.). Opéde C... de l'utérus (Virginia M. Mouth. Richm., 415). — BRIGGS (H.). Diagnostic précoce du C... de l'utérus (Soc. obst. du Nord de l'Angl., 15 oct. 1897). — BUDDENBERG. C... des deux ovaires (Thèse de Kiel). — CASTRO (F.). Lymphosarcome du col (Siglo Med. Madrid, 673).

Lille, imp. Le Bigot Freres. *Le Gérant :* Dr H. LABONNE, licencié ès-sciences.

N.B7J9